

Photos : IRD/Jean-Jacques Lemasson, Yves Marguerat, Joseph Laure

Collection Sciences sociales et sida
Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise

Accès décentralisé au traitement du VIH/sida

Évaluation de l'expérience camerounaise

Sous la direction de
Fred Eboko
Claude Abé
Christian Laurent



Accès décentralisé au traitement du VIH/sida

Évaluation de l'expérience camerounaise

Sous la direction de
Fred Eboko
Claude Abé
Christian Laurent

anRS

Collection

Sciences sociales et sida

Le Cameroun connaît une progression exponentielle du nombre de patients atteints du sida sous traitement antirétroviral (quelques centaines au début des années 2000, contre plus de 75 000 aujourd'hui). Les autorités camerounaises se sont engagées, dès 2002, dans un ambitieux programme de décentralisation de l'accès aux antirétroviraux.

Afin d'en évaluer les effets, l'Anrs a soutenu, depuis 2006, une recherche opérationnelle de grande envergure, avec quatre programmes de recherches multidisciplinaires, menés par des équipes camerounaises et françaises, sur l'ensemble des dix régions du pays. Cet ouvrage présente les résultats de ces recherches. Il constitue un pas important dans la connaissance scientifique et pratique de la question de l'accès au traitement du sida au Cameroun et en Afrique. Il analyse les conditions politiques, économiques et structurelles qui permettent une prise en charge pertinente des personnes vivant avec le VIH/sida. Il souligne également les limites liées aux faiblesses structurelles du système de santé, et propose les pistes et les moyens à promouvoir pour inscrire le Cameroun dans une dynamique s'adaptant aux progrès thérapeutiques et au contexte international. En termes d'action publique de santé, la pierre angulaire des enseignements interdisciplinaires de ce livre se situe à l'articulation du global, du national et du local.

Ce travail collectif devrait susciter des débats internationaux sur les capacités des pays à ressources et systèmes de santé « fragiles » ou en « mutation » et sur les programmes, les actions et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs du millénaire.

Cet ouvrage s'adresse à tous ceux, institutions et décideurs, chercheurs, cliniciens, acteurs de terrain, concernés par ce défi majeur de santé publique.

anRS

Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales

101, rue de Tolbiac 75013 Paris
Tél. : 33 (0) 1 53 94 60 00
www.anrs.fr

anRS

anRS

Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales

**Accès décentralisé
au traitement du VIH/sida :
évaluation de l'expérience
camerounaise**

Conception : Éditions EDK
2, rue Troyon
92310 Sèvres
Tél : 01 55 64 13 93

ISBN : 978-2-8425-4141-5

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise

Sous la direction de
Fred Eboko, Claude Abé et Christian Laurent

anRS

Agence nationale de recherches
sur le sida et les hépatites virales

COMITÉ ÉDITORIAL

Fred Eboko, Claude Abé et Christian Laurent, Véronique Doré, Laurence Quinty, Marielle Aulagnier, Suzy Mouchet.

Le comité éditorial remercie Murièle Matignon pour la relecture attentive des manuscrits, ainsi que Névada Mendes pour le secrétariat.

Anrs - Collection Sciences sociales et sida

Copyright Anrs - Paris février 2010

ISBN : 978-2-910143-24-4

ISSN : 1262-4837

Service information scientifique et communication - Anrs

101, rue de Tolbiac 75013 Paris

Tél : 01 53 94 60 32

Les articles de cet ouvrage sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs

En hommage au Professeur Séverin Cécile Abèga

Ni les travaux en sciences sociales sur le sida au Cameroun, ni cet ouvrage n'auraient pris l'ampleur qui est aujourd'hui la leur sans la présence, l'intuition et l'investissement de Séverin Cécile Abèga. En effet, parmi ses multiples talents d'intellectuel – il était un poète et un écrivain connu de tous les écoliers de son pays – Séverin Cécile Abèga, professeur d'anthropologie à l'Université catholique d'Afrique centrale à Yaoundé, avait celui de chercheur, fin et expérimenté, rigoureux et inventif. Cette expérience et cette rigueur de l'anthropologue, il les a généreusement mises au service de recherches en sciences sociales dans le domaine du sida, où il s'est personnellement impliqué dès le début des années 1990 et pour lesquelles il est rapidement devenu le trait d'union indispensable entre chercheurs camerounais et français. C'est dans la continuité naturelle de cet engagement qu'il a activement participé à la mise en œuvre des projets de sciences sociales dont ce livre se fait largement l'écho, notamment le projet de recherche EVAL, dont il était l'investigateur principal côté camerounais, et le volet sciences sociales du projet Stratall.

Lui, l'anthropologue, spécialiste des démarches qualitatives – dont les multiples travaux témoignent de sa grande maîtrise – s'est engagé dans un dialogue fécond avec des spécialistes des méthodologies quantitatives. Lui, le chercheur soucieux de comprendre les gestes et les pensées des individus, comme les choix des sociétés et des cultures qu'il a côtoyées, s'est sans hésitation préoccupé des retombées pratiques de ses recherches pour les personnes atteintes par le VIH/sida. Lui, l'homme et l'intellectuel, a patiemment et progressivement dévoilé à ses amis et collègues français les subtilités de la société camerounaise.

Enfin, S.C. Abèga a constamment eu le souci du travail collectif, formant de nombreux étudiants, les amenant à partager son enthousiasme pour des travaux qui ont enrichi et renouvelé les réflexions au cœur de l'épidémie de VIH/sida : la sexualité, la violence, la stigmatisation. Nombre des chercheurs camerounais qui participent en tant qu'auteurs à cet ouvrage étaient et restent ses disciples. L'Institut de recherches socio-anthropologiques (IRSA) qu'il dirigeait a joué un rôle majeur dans les enquêtes de terrain et les projets de recherche qui alimentent cet ouvrage.

Son décès brutal dans le cours même de ce programme de recherches a été, pour toutes les parties prenantes, un coup très dur, mais il avait su jeter les fondations qui ont permis de le mener à terme. Nous osons espérer qu'il aurait été fier du résultat. Aussi, est-il tout naturel que nous dédions cet ouvrage, le premier de la collection Sciences sociales de l'Anrs à être entièrement consacré au Cameroun, son pays, à la mémoire de notre collègue et ami Séverin Cécile Abèga.

Remerciements

Le travail de recherche développé dans cet ouvrage a été initié à la demande du ministère de la Santé publique du Cameroun. Nous tenons tout particulièrement à remercier Monsieur André Mama Fouda, Ministre de la Santé publique, pour le soutien continu qu'il a apporté à la réalisation de ce programme de recherche.

Les éditeurs et les chercheurs impliqués tiennent également à remercier pour leur implication, leur soutien et leur collaboration, les différents acteurs de santé publique camerounais, sans lesquels ce travail de recherche n'aurait pas été possible :

- le Comité national de lutte contre le sida, en particulier le groupe technique central ;
- les délégations régionales/provinciales de la santé publique des différentes régions dans lesquelles se sont déroulées les recherches ;
- les coordinateurs des groupes techniques régionaux/provinciaux ;
- la Centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels ;
- les responsables des hôpitaux dans lesquels les recherches ont été menées, tous les médecins et personnels soignants qui ont activement collaboré aux recherches, les associations de personnes vivant avec le VIH/sida, et au-delà, les associations de lutte contre le VIH/sida dont le rôle a été capital durant le déroulement du programme ;
- tous les patients qui ont accepté de prendre sur leur temps, en dépit des difficultés, pour répondre aux questionnaires et investigations impliqués par la recherche.

Ils remercient également pour leur aide :

- l'Ambassadeur de France, Monsieur Georges Serre, en poste au Cameroun pendant les années du programme de recherche et le service de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France à Yaoundé ;
- les représentants successifs de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) au Cameroun, Messieurs François Rivière et Xavier Garde ;
- les structures de recherches qui ont collaboré : l'Institut de recherches socio-anthropologiques, Université catholique d'Afrique centrale, Yaoundé ; le Groupe de recherches administratives, publiques et sociales, Université de Yaoundé 2 ; le Center Applied Social Science Research and Training, Université de Yaoundé 1 ; la Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale, Yaoundé ; l'Hôpital central de Yaoundé ; le Laboratoire de virologie IMPM/IRD UMR 145, Yaoundé, le CRESA.

Sommaire

Préface

Jean-François Delfraissy XI

Première partie : La politique de décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun : les leçons d'une évaluation

Chapitre 1 – À l'articulation du national et de l'international : bref historique de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun
Fred Eboko 1

Chapitre 2 – Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique : le cas du Cameroun
François-Colin Nkoa, Fred Eboko, Jean-Paul Moatti 13

Chapitre 3 – Passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun : décentralisation et qualité de la prise en charge
Sylvie Boyer, Fred Eboko, Mamadou Camara, Claude Abé, Mathias Eric Owona-Nguini, Sinata Koulla-Shiro, Jean-Paul Moatti et le groupe d'étude EVAL-Cameroun 29

Chapitre 4 – Qualité de vie, comportements sexuels à risque et expérience de la maladie chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Cameroun : comparaison entre patients traités et non traités par antirétroviraux dans l'enquête EVAL – Anrs 12-116
Fabienne Marcellin, Cécile-Renée Bonono, Jérôme Blanche, Maria-Patrizia Carrieri, Bruno Spire, Sinata Koulla-Shiro et le groupe d'étude EVAL-Cameroun 57

Chapitre 5 – Décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun : amélioration de l'accès au traitement et persistance de barrières
Sandrine Loubière, Sylvie Boyer, Camélia Protopopescu, Cécile-Renée Bonono, Bruno Spire, Jean-Paul Moatti et le groupe d'étude Eval-Cameroun 71

Chapitre 6 – La décentralisation de l'accès au traitement du VIH/sida : directives internationales, logiques fonctionnelles et transferts de compétences
Fred Eboko, Sylvie Boyer, Luc Sindjoun, Paul Nchoj Nkwi, Patrice Bigombe Logo, Mathias Eric Owona-Nguini 85

Chapitre 7 – Du passage à l'échelle à la gratuité. Les politiques d'acquisition et de distribution des médicaments antirétroviraux dans le contexte de la décentralisation au Cameroun
Mamadou Camara, Cristina d'Almeida, Marie-José Essi, Benjamin Coriat... 95

Chapitre 8 – L’expérience camerounaise d’accès aux thérapies de seconde ligne <i>Cristina d’Almeida, Mamadou Camara, Marie-José Essi, Simona Gamba, Benjamin Coriat</i>	113
Chapitre 9 – Décentralisation de la prise en charge et performance des ressources humaines : connaissances, pratiques et conditions de travail des médecins impliqués dans la prise en charge du VIH/sida au Cameroun <i>Sophie Rasson, Sylvie Boyer, Cécile-Renée Bonono, Lionel Fugon, Camélia Protopopescu, Marielle Aulagnier, Pierre Ongolo-Zogo, Jean-Paul Moatti, Maria-Patrizia Carrieri et le groupe d’étude EVAL-Cameroun</i>	133
Chapitre 10 – Pour un prise en charge des patients sous antirétroviraux dans les pays à faibles ressources : l’essai Stratall/Esther d’intervention randomisé comparant une approche de santé publique à l’approche clinique standard <i>Charles Kouanfack, Gabrièle Laborde-Balen, Avelin Fobang Aghokeng, Jean-Marc Mben, Serge Kazé, Marlise Dontsop, Eitel Mpoudi-Ngolé, Magloire Biwolé-Sida, Anke Bourgeois, Sinata Koulla-Shiro, Eric Delaporte, Christian Laurent et le groupe d’étude Stratall/Esther-Cameroun</i>	153
Chapitre 11 – Acteurs et structures de prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH. Approches historique et anthropologique <i>Alioum Idrissou, Christopher Kuaban, Josiane Mballa, Jean-Baptiste Nzogué, Joseph Owona-Ntsama, Antoine Socpa, Laurent Vidal</i>	167
 Seconde partie : Vivre avec le VIH/sida au Cameroun à l’ère des multithérapies antirétrovirales	
Chapitre 12 – Écarts à l’observance et interruptions de traitement chez les patients traités par antirétroviraux au Cameroun : des facteurs individuels aux contraintes structurelles <i>Sylvie Boyer, Isabelle Clerc, Fabienne Marcellin, Paule-Christiane Bilé, Cécile-Renée Bonono, Sinata Koulla-Shiro, Maria-Patrizia Carrieri, Bruno Ventelou, Bruno Spire, Jean-Paul Moatti et le groupe d’étude EVAL-Cameroun</i>	181
Chapitre 13 – Le futur au conditionnel : de la gestion de l’observance chez les malades en situation de dépendance <i>Paule-Christiane Bilé, Séverin Cécile Abèga†</i>	203
Chapitre 14 – Comportements sexuels à risque avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu, au Cameroun : quels déterminants ? <i>Aïssata Dia, Fabienne Marcellin, Cécile-Renée Bonono, Sylvie Boyer, Anne-Déborah Bouhnik, Camélia Protopopescu, Sinata Koulla-Shiro, Maria-Patrizia Carrieri, Claude Abé, Bruno Spire et le groupe d’étude EVAL-Cameroun</i>	217

Chapitre 15 – Désir d'enfant chez les femmes infectées par le VIH recevant un traitement antirétroviral au Cameroun : enquête EVAL – Anrs 12 116 <i>Fabienne Marcellin, Camelia Protopopescu, Claude Abé, Sylvie Boyer, Jérôme Blanche, Pierre Ongolo-Zogo, Sinata Koulla-Shiro, Jean-Paul Moatti, Maria-Patrizia Carrieri, Bruno Spire et le groupe d'étude EVAL-Cameroun</i>	233
Chapitre 16 – Comportement reproductif et désir d'enfant chez les femmes vivant avec le VIH/sida au Cameroun : une approche qualitative <i>Cécile-Renée Bonono, Jean-Paul Moatti, Fabienne Marcellin</i>	251
Chapitre 17 – Gestion collective de la stigmatisation liée au VIH/sida et dédramatisation de l'accès aux médicaments antirétroviraux <i>Claude Abé</i>	261
Chapitre 18. ONG et associations de lutte contre le sida au Cameroun. De la subordination vers l'émancipation à l'heure de l'accès au traitement antirétroviral <i>Fred Eboko, Yves-Paul Mandjem</i>	269
Chapitre 19. Résistances du VIH aux antirétroviraux chez des patients suivis en routine au Cameroun selon l'approche de santé publique recommandée par l'OMS <i>Charles Kouanfack, Christian Laurent, Avelin Fobang Aghokeng, Céline Montavon, Alain Kenfack, Anke Bourgeois, Sinata Koulla-Shiro, Eitel Mpoudi-Ngolé, Martine Peeters, Eric Delaporte</i>	287

Conclusion : Leçons pour et par le Cameroun

Chapitre 20 – Recherche opérationnelle sur l'accès au traitement du VIH/sida dans les pays à revenus limités <i>Jean-Paul Moatti, Claude Abé, Eric Delaporte, Fred Eboko, Sinata Koulla-Shiro, Christian Laurent</i>	297
---	-----

Annexes

Liste des publications dans les revues scientifiques en lien avec les projets de recherche présentés dans cet ouvrage.....	315
Contribution du site Cameroun de l'Anrs à l'évaluation du passage à l'échelle de l'accès au traitement du VIH/sida dans les pays à revenus limités.....	317
Liste des auteurs	319
Liste des membres des groupes d'étude : Eval-Cameroun, Stratall/Esther-Cameroun, POLART-Cameroun	323



Préface

Jean-François DELFRAISSY¹

Cet ouvrage de la collection Sciences sociales et sida s'inscrit dans une double continuité des travaux menés avec le soutien de l'Anrs dans les pays du Sud, en même temps qu'il inaugure une nouvelle ligne de recherches qui devrait se poursuivre et s'approfondir dans les années qui viennent. Tout d'abord, cet ouvrage s'inscrit dans la continuité de la contribution de l'Anrs aux débats internationaux suscités par l'accès aux traitements du VIH/sida dans les pays en développement, initiée au début des années 2000 par les évaluations des premiers programmes pilotes africains (en Côte d'Ivoire et au Sénégal), et qui se poursuit aujourd'hui, à un stade plus avancé de la diffusion de ces traitements, avec l'évaluation de l'expérience camerounaise de « passage à l'échelle » de l'accès aux antirétroviraux. D'ores et déjà, les travaux détaillés dans cet ouvrage ont donné lieu à différentes publications dans la littérature scientifique et ont été pris en compte dans les synthèses de l'évidence existante discutées au plan international. L'impact international de ces travaux a notamment été relayé par le programme de l'Organisation mondiale de la santé qui s'est efforcé de faire le bilan de l'effet des programmes de lutte contre le sida sur les systèmes de santé dans leur globalité (« Maximizing Positive Synergies Collaborative Project ») et par un numéro spécial de la revue *AIDS*.

Une seconde continuité, qui anime le principe même des coopérations Nord/Sud, telles que les souhaite et les promeut l'Anrs, est celle de recherches menées sur le terrain en multi-partenariat. Ce multi-partenariat est, d'abord et avant tout, un partenariat à égalité de responsabilités entre les chercheurs des pays en développement concernés et les chercheurs des équipes françaises et francophones qui travaillent à leurs côtés : tous les projets de recherche qui ont alimenté le présent ouvrage, comme d'ailleurs tous les autres projets soutenus par l'Anrs dans les pays du Sud, ont été co-dirigés par un investigateur principal camerounais des universités de Yaoundé et un partenaire français. À cet égard, j'ai une pensée toute particulière pour notre collègue anthropologue, le Professeur Séverin Cécile Abèga de l'Université catholique d'Afrique centrale (UCAC, Yaoundé), qui est malheureusement décédé dans le cours même de ce programme de recherches dont il était, et reste, une des figures centrales. Ce multi-partenariat se tisse aussi entre les chercheurs et les autorités nationales, notamment dans le cas des recherches évoquées dans cet ouvrage avec le ministère de la Santé publique du Cameroun, d'une part, l'ensemble des acteurs professionnels et de la société civile concernés, d'autre part. Il s'est construit dans le respect des rôles et des responsabilités de chacun : conduite en plein accord avec les autorités camerounaises, l'évaluation du programme national d'accès aux traitements du VIH/sida s'est déroulée en toute indépendance des investigations et des enquêtes conduites par les chercheurs, et il me semble que le lecteur s'en convaincra aisément en prenant connaissance des résultats obtenus

¹ Directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales.

et présentés dans cet ouvrage. De ce point de vue, je tiens à exprimer ma reconnaissance personnelle, ainsi que celle de l'Anrs, pour le soutien animé d'un total esprit de dialogue que Monsieur André Mama Fouda, le Ministre de la Santé publique du Cameroun, a bien voulu apporter à ce programme collaboratif de recherches.

Ces multi-partenariats ont été grandement facilités par l'existence d'un site de recherches de l'Anrs au Cameroun dont la responsabilité est assurée conjointement par les Professeurs Sinata Koulla-Shiro et Éric Delaporte, sans lesquels les projets qui alimentent cet ouvrage n'auraient pu voir le jour et qui doivent tout particulièrement être remerciés pour l'action scientifique qu'ils mènent au Cameroun. Ce multi-partenariat de terrain est aussi celui des équipes de recherche françaises elles-mêmes, dans le cadre d'un partenariat plus large, en particulier avec le programme Esther au Cameroun. Ces équipes relèvent de différentes disciplines (épidémiologie, économie, sciences sociales, santé publique, recherche clinique et biologique), ainsi que de différentes institutions de recherche (Inserm, IRD, universités). Le travail accompli en commun au Cameroun anticipe, à sa façon, le mouvement actuel pour construire une alliance de l'ensemble des opérateurs français intervenant dans le champ des maladies infectieuses, qui permettra d'encore améliorer l'efficacité de l'action de coopération de notre pays. Il préfigure aussi, peut-être, les rapprochements et le dépassement des cloisonnements institutionnels qui président à l'effort actuel de réorganisation de la recherche biomédicale et en santé en France. Par son implication personnelle dans les recherches franco-camerounaises de sciences économiques et sociales rapportées dans cet ouvrage, et par son rôle de coordination comme conseiller aux affaires internationales auprès de moi, le Professeur Jean-Paul Moatti a apporté une précieuse contribution à ces évolutions et à l'engagement de notre agence dans une nouvelle ligne de recherches.

En effet, cet ouvrage inaugure, à mon sens avec brio, l'inscription résolue de l'Anrs dans une perspective de « recherche opérationnelle » qui a pris son essor au plan international avec la multiplication et l'extension des programmes de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. Il s'agit désormais d'impulser des recherches, dans tous les domaines de la biologie aux sciences sociales en passant par la clinique qui peuvent contribuer directement à l'évaluation et à l'amélioration des programmes d'intervention, en conciliant la rigueur et la qualité scientifique avec le souci de retombées concrètes et les plus immédiates possibles pour les décideurs et les acteurs de terrain.

En cette année 2010, cette recherche opérationnelle est devenue une impérieuse nécessité pour les besoins de la lutte contre la pandémie de sida dans son ensemble. Cette lutte est désormais confrontée à une situation paradoxale : elle est à la fois un succès quasiment sans précédent dans l'histoire de la santé publique internationale, en même temps qu'elle demeure, malheureusement, un échec par rapport à son objectif ultime, briser la dynamique de la pandémie.

Qui aurait pu imaginer au début des années 2000, alors que prévalait le scepticisme quasi-généralisé des experts et des financeurs de l'aide au développement sur ce sujet, que l'objectif d'accès universel au traitement du VIH/sida pouvait commencer à devenir une réalité ? Aujourd'hui, plus de quatre millions de personnes vivant avec le VIH/sida, dont trois millions en Afrique sub-saharienne, éprouvent de la pandémie, bénéficient de ces traitements dans les pays en développement, avec un impact significatif de réduction de la morbidité et de la

mortalité chez ces personnes traitées. Mieux, un nombre croissant de données épidémiologiques confirment que le passage à l'échelle de l'accès aux antirétroviraux pour le traitement du VIH/sida se traduit par une baisse de la mortalité globale, toutes causes confondues, dans les zones géographiques les plus touchées, et que la diffusion de ces traitements, en dépit de multiples difficultés, peut constituer un levier pour l'amélioration globale des systèmes de santé des pays en développement. D'autres travaux, dont plusieurs émanent d'économistes liés à l'Anrs, notamment dans le cadre de l'Action coordonnée n° 27 « Recherches socio-économiques sur la santé et l'accès aux soins dans les pays du Sud », ont démontré qu'en plus de son évidente nécessité éthique pour une plus grande équité entre le Nord et le Sud, l'accès massif aux traitements du VIH/sida s'avère, sous certaines conditions, un investissement « rentable » en termes de retombées macro-économiques sur la croissance et le développement humain. L'Anrs peut d'ailleurs être fière d'avoir contribué, à sa place scientifique, au changement de paradigme qui a permis l'engagement du processus d'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud.

En même temps, la course de vitesse avec le virus continue d'être perdue : pendant que deux personnes supplémentaires infectées par le VIH sont mises sous traitement, ce sont cinq nouvelles infections qui surviennent. L'année 2010 verra sans doute la mise en place d'expérimentations à grande échelle dans le domaine de la prévention, dont certaines pourraient prendre la forme d'essais d'intervention randomisés, visant à définir les stratégies opérationnelles enfin susceptibles de prévenir la poursuite de la pandémie à l'échelle des populations (« Test and Treat »). Tout en poursuivant inlassablement les efforts pour la recherche vaccinale, il s'agit bien désormais d'identifier, de façon adaptée à chaque contexte épidémiologique et socio-économique, la combinaison la plus efficace des moyens de prévention dont nous disposons déjà : de la circoncision et de la prévention de la transmission materno-fœtale à l'éducation pour réduire les comportements à risque, en passant par le traitement antirétroviral précoce lui-même, puisque la probabilité de transmission du VIH est considérablement réduite chez les patients traités dont la charge virale est devenue et maintenue indétectable.

L'année 2010 verra également la communauté internationale, dans le contexte difficile d'une crise financière et économique majeure, prendre des décisions lourdes de conséquences quant au renouvellement des moyens financiers mis à la disposition des principaux bailleurs de fonds multilatéraux de l'aide au développement pour la lutte contre le sida, en particulier la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. En parallèle de la nécessaire mobilisation des opinions publiques et des leaders d'opinion, une recherche opérationnelle de qualité, comme celle que rapporte cet ouvrage, offre un atout supplémentaire à toutes celles et tous ceux qui doivent se faire les avocats de la pérennité sur le long terme des financements nécessaires.



Première partie

La politique de décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun : les leçons d'une évaluation



Chapitre 1

À l'articulation du national et de l'international : bref historique de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun¹

Fred EBOKO

L'histoire de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun illustre la rencontre de plusieurs dynamiques sociales, scientifiques et politiques. Depuis la conférence mondiale sur le sida de Vancouver en 1996 où furent présentés les premiers résultats démontrant l'efficacité des multithérapies antirétrovirales pour réduire la mortalité et la morbidité associées à l'infection par le VIH, plusieurs étapes ont marqué les prises en charge thérapeutique et sociale des patients camerounais. Le présent chapitre vise à mettre en lumière les principales périodes de ce processus, afin d'insister sur l'originalité, les perspectives et les chantiers que représente la politique d'accès aux antirétroviraux au Cameroun. Dans cette perspective, le passage à l'échelle de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida au Cameroun constitue simultanément un enjeu national et international. Ce chapitre s'efforce de décrire les modalités, les réseaux transnationaux d'acteurs et les décisions politiques, qui ont permis au Cameroun de s'inscrire dans un modèle innovant de décentralisation de l'accès aux antirétroviraux. L'État camerounais a inscrit sa riposte à la pandémie du sida dans un contexte marqué à la fois par une crise économique et sanitaire et par une réponse internationale, où l'accès aux antirétroviraux a été placé au centre de ses priorités. Pour ce faire, les partenaires du Cameroun et les acteurs camerounais eux-mêmes ont dû surmonter des contradictions, tant internationales que nationales, pour imposer la dynamique en cours de décentralisation-massification de la prise en charge des patients dans les dix provinces (devenues « régions ») que compte le pays.

Le 1^{er} mai 2007 constitue l'aboutissement d'un processus. Depuis cette date, les médicaments antirétroviraux contre le sida sont gratuits pour les patients suivis dans toutes les unités de prise en charge et les centres de traitements agréés pour cette pathologie au Cameroun. Sur toute l'étendue du territoire national, les personnes éligibles au traitement, selon les recommandations nationales calquées sur celles édictées internationalement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), peuvent accéder aux multithérapies contre le sida « gratuitement ». Quels sont les phases et les acteurs qui permettent de mettre au jour

¹ Je tiens à remercier particulièrement Sinata Koulla-Shiro, Jean-Paul Moatti et Jean-Baptiste Guiard-Schmid pour les relectures attentives, les remarques et les corrections qui ont permis l'amélioration de ce chapitre dont j'assume évidemment l'entière responsabilité.

ce processus dont le 1^{er} mai 2007 est une étape décisive sans forcément en être la principale ?

Brève chronologie de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en Afrique

L'accès aux antirétroviraux : de l'ouverture sur l'Afrique à l'exemple du Cameroun

Lorsque la communauté scientifique internationale révèle l'efficacité des multi-thérapies, en 1996, l'Afrique semble paradoxalement à peine concernée. L'obstacle du prix de ces traitements paraît à cette époque rétrograde pour le continent le plus pauvre et le plus éprouvé par la pandémie. Dans les autres pays dits du « Sud », la situation connaît une trajectoire plus contrastée d'une région à l'autre, mêlant les drames aux ripostes, les scandales aux mobilisations internationales, pour dessiner progressivement une tendance à la prise en charge massive des patients. C'est l'exemple de la Thaïlande et du Brésil, notamment. Pour autant, les pays africains présentent des modèles différenciés de prise en charge et de réponses politiques [7, 8]. C'est aussi une série d'événements spécifiques qui a conduit à un retournement de l'opinion, puis de la communauté internationale, en faveur de l'accès « universel » au traitement du sida en Afrique et, par voie de conséquence, au Cameroun. En septembre 1997, le Sénégal organisait une réunion internationale pour discuter les conditions préalables à l'utilisation des antirétroviraux et les protocoles thérapeutiques pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. À cette occasion, c'est un premier tabou qui se fissure : l'Afrique peut organiser pour ces malades un accès aux antirétroviraux. Mais le défi reste entier : le prix des médicaments. À cette époque, il faut compter entre 7 000 et 10 000 dollars par an et par personne pour les molécules entrant dans les thérapies dites « de première ligne », c'est-à-dire dans l'initiation du traitement chez des patients jusque là dits « naïfs ».

Deux mois après la réunion de Dakar, la Côte d'Ivoire organise, en décembre 1997, la conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles. En présence du président français, Jacques Chirac, et de son ministre de la Santé de l'époque, Bernard Kouchner, la question de l'accès aux médicaments pour les patients africains est au centre des débats. Bernard Kouchner lance ainsi, à la conférence d'Abidjan, le Fonds de solidarité thérapeutique internationale. Ce fonds contribuera, avec d'autres donateurs, à la mise en place de la première initiative internationale pilote d'accès aux antirétroviraux, à l'initiative de l'ONUSIDA. Cette initiative d'accès aux médicaments du sida (Drug Access Initiative) ne concernera que des programmes pilotes dans deux pays africains (la Côte d'Ivoire et l'Ouganda), un pays asiatique (le Vietnam) et un pays d'Amérique latine (le Chili). Le succès de ces programmes, qui seront évalués de façon indépendante avec le soutien de l'ANRS française et des Centers for Disease Control américains contribuera à démontrer la faisabilité de la diffusion des traitements antirétroviraux dans le contexte des pays pauvres, jusque là fortement contestée par la majorité des experts internationaux [10]. Ces expériences révéleront aussi les nombreuses difficultés, liées notamment aux modalités de la sélection des patients, dans un contexte de fortes tensions sur les ressources disponibles [16]. En 1998, le Sénégal est le premier pays africain à lancer de lui-même une initiative publique d'accès aux antirétroviraux : l'Initiative sénégalaise d'accès aux

antirétroviraux (Isaarv) [4]. Celle-ci s'effectue encore une fois par le biais d'accords avec un oligopole de firmes pharmaceutiques détentrices des brevets, mais cette fois sans l'intermédiation de l'ONUSIDA. Bien que le cas du Sénégal soit particulier, du fait d'un taux de séroprévalence relativement faible par rapport à ses homologues africains, l'action de ce pays a permis de mettre en exergue des possibilités politiques de négociation directe au niveau des pays africains.

Dans la foulée des conférences et des réunions internationales évoquées plus haut (Vancouver 1996, Dakar 1997 et Abidjan 1997), le Cameroun va entrer en lice quelques jours avant la conférence internationale d'Abidjan. Faisant suite aux enseignements cliniques, thérapeutiques et stratégiques reçus les deux années précédentes, il organise, en décembre 1997, la première session de formation des médecins pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida. Loin de la médiatisation des manifestations des autres pays, cette réunion, sans être confidentielle, se tient en marge du comité national de lutte contre le sida (CNLS). Cette période correspond à une vacance au niveau de la direction de ce comité et à une latence généralisée des activités politiques et administratives de l'État. En cette année 1997 de grands changements politiques, le pays semble accaparé par les échéances électorales (élections présidentielle et législatives). De fait, les enjeux internationaux et le changement de paradigme de santé publique lié aux antirétroviraux ne concernèrent d'abord que les réseaux de praticiens et de chercheurs directement impliqués dans le suivi des patients infectés par le VIH. Ce sont ces réseaux là qui constituèrent, de manière quasi-autonome par rapport à l'État, les jalons de l'organisation de la prise en charge par les antirétroviraux. Furent ainsi réunies à Yaoundé, puis à Douala, quelques personnalités scientifiques camerounaises, ivoiriennes et françaises pour présenter les protocoles thérapeutiques déjà validés au niveau international et africain [1]. Le soutien d'une firme pharmaceutique productrice d'antirétroviraux (Merck, Sharpe & Dohme) et l'implication d'un professeur de médecine, précurseur de la lutte contre le sida au Cameroun, ont joué un rôle clé dans les motifs et les modalités de cette réunion scientifique, en marge des institutions de tutelle. Au-delà de la diffusion des connaissances, la question du prix de ces médicaments dispendieux pour les patients et le gouvernement demeurerait entière. Cette réunion illustre en même temps la dynamique des réseaux qui sont connectés aux innovations internationales, en marge d'un État qui, cette année là, semble se consacrer à d'autres priorités (la date de cette réunion correspondait, par exemple, au lancement d'une campagne vaccinale nationale, présidée par le ministre de la Santé publique de l'époque).

La mutation du programme mondial de lutte contre le sida (Global Programme on AIDS) de l'OMS et la quasi-vacuité à la direction du comité national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) camerounais en 1997 renforcent le sentiment d'éloignement du Cameroun des enjeux qu'implique l'après Vancouver. En effet, en 1997, durant la période de vacance de sa présidence, le CNLS est dirigé par la direction de la santé communautaire (transformée ensuite en direction de la lutte contre la maladie). Le programme commun des Nations unies sur le sida (ONUSIDA), né à Genève en 1996, n'enverra son premier représentant à Yaoundé qu'en 2000.

Entre-temps, le Cameroun connaît un changement politique de grande ampleur à travers le remaniement ministériel du 7 décembre 1997. Le ministre de la Santé publique, nommé à cette occasion, est également l'ancien directeur régional de

l'OMS pour l'Afrique. Ce nouveau retraité de la fonction publique internationale lance une série de réformes, remobilise le CNLS et reprend les rênes de la lutte contre le sida, en essayant de la conformer aux impératifs internationaux de décentralisation et de promotion du district de santé. Après avoir nommé un président du CNLS, il décide de stabiliser ses hauts responsables pour mettre un terme à leur renouvellement à chaque remaniement ministériel. Il crée un groupe technique central, une sorte d'exécutif du sida, dirigé par un président. Dans cette logique d'institutionnalisation de la lutte contre le sida au Cameroun [9], il décide que le ministre de la Santé sera désormais le président du CNLS. Cette décision, de fait, vise à renforcer la pérennité et le suivi des activités du comité sur le moyen et le long terme. Une femme médecin devient secrétaire permanente du CNLS en 1999.

Cette année-là, c'est la plus grosse entreprise privée du pays qui lance un pavé dans la mare des antirétroviraux. La société Alucam/Socatral à Edéa, qui avait initié depuis 1997 un programme de prévention du VIH/sida au sein de ses employés et de la communauté environnante et qui prend en charge médicalement les personnes atteintes, gratuitement (employés et familles), demande au gouvernement l'autorisation de lancer un programme pilote de traitement antirétroviral au profit de ceux-ci. Le ministère de la Santé est face à un dilemme. Celui de l'équité. Comment accepter que des personnes soient mises sous traitement dans une société privée, sans que le reste de la population puisse bénéficier d'un accès équivalent ? L'autorisation est finalement accordée à Alucam, après moult débats, et le ministre de la Santé lui-même participe au lancement du projet « Tricam » (Trithérapies au Cameroun), fruit d'une collaboration scientifique et technique entre l'équipe du centre médical des entreprises de la Sanaga (clinique d'Alucam) et l'équipe du Pr Rozenbaum (Hôpital Rothschild, Paris). Au passage, Alucam opère un revirement complet de sa politique de communication sur la question du VIH : vécue jusqu'alors comme potentiellement stigmatisante pour l'image même de l'entreprise, cette question devient, à travers « Tricam », l'occasion d'affirmer que l'entreprise entend tout mettre en œuvre pour préserver son « capital humain ». Filiale du groupe Péchiney, qui dépêche à la cérémonie de lancement du programme son numéro 2, Alucam va insuffler une dynamique dans le secteur privé qui entraînera une prise de conscience dans nombre d'entreprises du Cameroun.

La mobilisation internationale et la baisse des prix des antirétroviraux

L'an 2000 offre de nouvelles opportunités au programme camerounais et, en particulier, à l'accès aux antirétroviraux. Plutôt que de se tourner exclusivement vers le programme « Access », mis en place sur la base d'un partenariat négocié entre les organisations onusiennes (OMS, ONUSIDA, etc.) et les multinationales pharmaceutiques au niveau mondial, le Cameroun est l'un des premiers pays africains qui va s'efforcer de mettre à profit l'avènement des génériques. Les analyses économiques qui seront rétrospectivement effectuées lui donneront raison : les baisses de prix massives des antirétroviraux de première ligne, qui seront la condition nécessaire du passage à l'échelle des traitements du sida en Afrique, n'auraient jamais pu être obtenues par la seule négociation internationale avec les firmes détentrices des brevets, en l'absence de la pression concurrentielle introduite par l'arrivée des génériques sur les marchés. Dans le même temps, le Premier ministre de l'époque présente un plan stratégique d'urgence

à l'ensemble du gouvernement et à ses partenaires (ONUSIDA et Banque mondiale, notamment) le 12 septembre 2000, pour la période 2000-2005. Le Cameroun entame alors de manière concrète le processus de décentralisation, sous la direction d'un nouveau ministre de la Santé publique. Celui-ci transforme la présidence du groupe technique central du comité national de lutte contre le sida (CNLS) en secrétariat permanent. Il nomme ensuite des coordonnateurs des groupes techniques provinciaux dans les dix provinces du Cameroun. En même temps, sont créés et identifiés des centres de traitement agréés pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH par antirétroviraux².

En décembre 2000, la centrale nationale d'achats des médicaments essentiels CENAME met à disposition les antirétroviraux au niveau national, en fixant ainsi les prix de vente qui pouvaient fluctuer dans les pharmacies privées. Le mouvement est lancé, en dépit des prix qui restent très élevés au regard du pouvoir d'achat moyen des citoyens camerounais (entre 200 000 et 240 000 FCFA/mois/patient), dont le pays a traversé une récession d'une exceptionnelle durée entre 1985 et 1995.

Entre 2000 et 2001, l'introduction des génériques et la mise à disposition d'antirétroviraux à prix coûtant dans les pharmacies hospitalières de l'Hôpital Laquintinie de Douala et de l'Hôpital central de Yaoundé ont entraîné une forte hausse de la demande des patients (50 % par mois à l'Hôpital central de Yaoundé en 2001). À la fin de l'année 2001, le nombre de patients pour cet hôpital avait quintuplé [9,14] et plus de 500 patients avaient initié un traitement à l'Hôpital Laquintinie de Douala³. Avant les premières baisses de prix, 600 patients sont officiellement sous antirétroviraux, pour un coût qui avoisine 1 000 dollars/mois/personne.

En avril 2001, la réduction des prix des antirétroviraux, liée à l'initiative Access, est effective au Cameroun, avec des coûts résiduels à la charge des patients situés entre 22 000 à 68 000 FCFA/mois/patient, soit une réduction d'un facteur 5 à 10. L'accord formel fut signé le 4 avril 2001 entre le représentant du laboratoire MSD (mandaté pour représenter cinq firmes pharmaceutiques) et le ministre de la Santé publique. Le gouvernement camerounais signe ensuite un accord avec CIPLA, un laboratoire indien fabriquant des copies génériques des molécules pour les trithérapies. Ce processus a été largement favorisé par la participation d'une délégation du ministère camerounais à la conférence mondiale de Durban en Afrique du Sud.

Échaudées par la mobilisation internationale des organisations non gouvernementales (ONG) dénonçant le procès que ces firmes avaient intenté respectivement contre le recours aux antirétroviraux génériques par le Brésil et l'Afrique du Sud, celles-ci réadaptent leurs stratégies. Des millions de personnes dans le monde ont signé des pétitions *via* Internet pour stigmatiser leur comportement « égoïste ». Pour la défense de la propriété intellectuelle relative à leurs brevets, 39 firmes pharmaceutiques reprochaient à ces deux pays la fabrication avérée ou en cours de produits génériques, sans être passés par la case des « licences obligatoires », qui présupposent un accord du détenteur du brevet. Lequel peut en profiter pour assortir son accord de certaines tractations commerciales. Le

² Décisions ministérielles n° 0178/DMSP/CAB et n° 0190/D/MSP/CAB.

³ Source : Jean-Baptiste Guiard-Schmid, conférence internationale sur le sida et les maladies transmissibles (CISMA), Ouagadougou, 2001.

slogan qui a le mieux résumé cette bataille à laquelle l'Afrique a finalement peu participé, en dehors de l'Afrique du Sud, fut sans concession : « marchands de mort ! ». En avril 2001, les laboratoires ont reculé, retiré leurs plaintes et changé leur fusil économique d'épaulé. La société civile internationale venait de remporter sa première grande bataille pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays pauvres. Un autre ministre de la Santé publique est nommé en avril 2001 et il finalisera le processus entamé par son prédécesseur.

Le Cameroun a ainsi bénéficié d'un contexte international favorable, qui culminera en juillet 2002 lors de la conférence mondiale sur le sida de Barcelone, où l'OMS lance l'initiative « 3 by 5 », qui vise à faire accéder au moins trois millions de patients aux traitements antirétroviraux, donnant ainsi une légitimation globale à l'objectif de passage à l'échelle.

Il bénéficie également de l'expertise technique de la coopération internationale, notamment française, et de celle acquise par ses propres médecins impliqués dans des partenariats internationaux. À Yaoundé, en l'an 2000, à l'Hôpital central, un hôpital de jour dédié aux personnes vivant avec le VIH, est ainsi mis en place, avec un large soutien de la Coopération française. À Douala, le programme « Darvir » (pour « Douala Antirétroviral ») constitue dès le début de 2001 un réseau dynamique de prescripteurs d'antirétroviraux, particulièrement original, puisqu'il regroupe des médecins hospitaliers, des médecins du secteur privé et des médecins d'entreprises. L'initiative a été impulsée par une pionnière de la prise en charge des personnes atteintes au Cameroun (Dr Henriette Meilo), appuyée par le nouveau directeur de l'Hôpital Laquintinie (Dr Fritz Ntoné Ntoné) et l'équipe de l'Hôpital Rothschild à Paris (Dr Jean-Baptiste Guiard-Schmid). Ces réseaux de médecins avaient pour objectif de mettre en commun leurs connaissances et leurs expériences au service des patients, afin d'endiguer le « vagabondage thérapeutique » de ces malades, d'éviter les traitements abusifs ou désordonnés et de contribuer ainsi à limiter les risques d'émergence rapides de souches virales résistantes aux antirétroviraux disponibles.

Ces risques de résistance étaient en effet souvent mis en avant par les experts internationaux pour freiner la diffusion de l'accès aux traitements dans le contexte de pays pauvres dotés de systèmes de santé fragiles [15].

En 2001, à Yaoundé, la section helvétique de Médecins sans frontières (MSF) se lance dans le projet pilote « Parvy » (prise en charge par antirétroviraux à Yaoundé). Il s'agit de tordre le cou aux derniers arguments culturalistes de certaines firmes pharmaceutiques et à des discours spécieux au niveau de certaines institutions internationales prétendant que les patients africains ne peuvent pas adhérer à des médicaments aussi lourds. MSF suisse se greffe ainsi sur un projet de recherche franco-camerounais conduit au Cameroun par le médecin colonel Mpoudi Ngollé et le Dr Anke Bourgeois, en collaboration en France avec le Pr. Eric Delaporte (Institut de recherche pour le développement – IRD). Ces deux chercheurs suivaient déjà des patients pour lesquels ils étudiaient, depuis 1996, la variabilité du VIH-1 et ses implications cliniques chez des patients de l'hôpital militaire. Outre des soins que ces séropositifs volontaires obtenaient pour toutes les maladies dites « opportunistes », MSF fournit désormais les antirétroviraux. Pour une cohorte qui a dépassé les 150 patients, la discipline, la rigueur et l'adhérence aux traitements chez les malades suivis ont dépassé toutes les espérances. Au bout d'un an, les résultats de cette observance des patients du traitement étaient supérieurs à ceux que l'on observe dans les pays du Nord.

L'alliance entre un institut de recherche français (l'IRD), un hôpital public camerounais (l'hôpital militaire) et une ONG (MSF) a apporté la démonstration que le seul et le principal obstacle pour le suivi des patients camerounais demeurait le prix des traitements [3]. Les recherches cliniques menées au Cameroun ont contribué à valider internationalement l'efficacité des combinaisons génériques de première ligne qui se sont ensuite diffusées dans tout le continent [2, 12]. Une autre barrière stratégique venait de tomber. Restaient le champ en friches des négociations internationales et l'implication des autorités camerounaises.

Le Cameroun dans les jeux et enjeux internationaux

Quatre décisions politiques et économiques importantes vont ensuite achever de faciliter le passage à l'échelle des multithérapies du sida au Cameroun depuis le début de la décennie 2000.

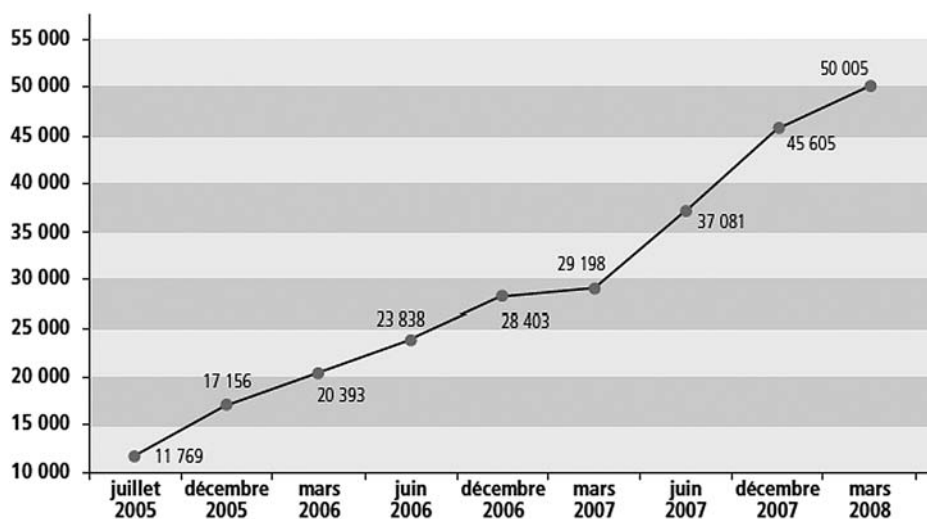
La première décision du 4 avril 2001, évoquée précédemment, était un protocole d'accord avec le représentant du laboratoire Merck, Sharpe & Dohme (MSD), commissionné pour représenter son laboratoire et quatre autres firmes pharmaceutiques. Ce protocole, dont les modalités sont demeurées confidentielles, a abouti à une déclaration publique : à cette date, le prix d'une trithérapie baissait de plus de 90 % par rapport au prix antérieur. Outre l'importation des génériques par le biais du laboratoire indien CIPLA, le Cameroun parvenait à trouver un équilibre entre les accords sur le droit de la propriété intellectuelle relatif au commerce (Adpic) dont il est signataire et les priorités de santé publique qu'il s'était fixées. En signant l'accord du 4 avril 2001, puis celui qui fut paraphé avec CIPLA, le Cameroun choisit d'interpréter le droit international au profit de ses patients. Le caractère secret de l'accord avec le représentant des grands laboratoires est sans doute la boîte noire dans laquelle se trouvent les modalités de cette énigme dont le pays s'est sorti sans conflit majeur avec ses partenaires pharmaceutiques. À cette occasion, le coût mensuel pour le patient passe en dessous de 70 000 FCFA pour un traitement de première ligne.

À la fin du mois de juillet 2002, une décision ministérielle annonce 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 15 000 FCFA/mois (23 euros), un patient camerounais accédait à une trithérapie. C'est à la faveur d'un apport des fonds dits « pays pauvres très endettés », c'est-à-dire du bénéfice de la remise de la dette par les bailleurs internationaux et notamment la France, 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, créé par la communauté internationale sous la houlette de Kofi Annan, alors secrétaire général des Nations unies, en 2002, que le Cameroun va connaître des baisses régulières et successives du prix des antirétroviraux pour le bénéfice social et thérapeutique des patients. À partir d'avril 2001, ces accords vont incarner la mobilisation politique du Cameroun vis-à-vis de ses partenaires internationaux, notamment la Banque mondiale et le Fonds mondial.

En décembre 2003, une première dotation d'un peu plus de 90 000 dollars du Fonds mondial contribue à une nouvelle baisse des prix des antirétroviraux et des examens biologiques au « point de consommation », c'est-à-dire restant à la charge des patients. Dans le cadre des rounds du Fonds mondial, le premier décaissement intervient en octobre 2004 (round 3) pour un montant de

6 557 467 dollars. Ainsi, pour une somme de 7 000 FCFA environ, les patients ont pu officiellement accéder à une trithérapie antirétrovirale dès le début de l'année 2004. Ensuite, le Cameroun a connu plusieurs phases de financement du Fond mondial. L'ensemble de ces soutiens internationaux a rendu possible le subventionnement public des médicaments antirétroviraux, aboutissant finalement à une gratuité, inspirée par les acteurs internationaux, acquis à cette cause bien avant les sociétés civiles africaines encore peu mobilisées 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. À ces financements se sont ajoutés ceux en provenance de l'initiative dite « UNITAID ». Lancée par les présidents Chirac et Lula à partir d'une taxe minime sur les prix des billets d'avion pour les vols internationaux, c'est une « facilité internationale » d'achats de médicaments qui constitue une ressource financière supplémentaire.

Au 31 décembre 2005, environ 17 000 personnes étaient sous traitement antirétroviral (sur un total estimé de 470 000 personnes vivant avec le VIH/sida). Comme le montre la *figure 1*, la montée en charge de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida s'est poursuivie depuis à un rythme accéléré qui constitue une performance remarquable. Fin 2009, le nombre de personnes sous traitement atteignait le chiffre de 75 900, soit un taux de couverture de 46,3 % des 164 000 personnes vivant avec le VIH/sida éligibles pour le traitement antirétroviral selon les critères de l'OMS, l'un des plus élevés d'Afrique de l'Ouest et du Centre [13].



Source : Comité national de lutte contre le sida, *Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des adultes et enfants*, rapport de progrès n° 10, Yaoundé, 2008.

Figure 1
Évolution du nombre de patients sous traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun (2005-2008)

Reste que l'objectif du Cameroun et de tous les pays d'Afrique sub-saharienne concernés par la pandémie consiste à mettre sous traitement tous les patients dont l'état clinique le justifie et d'assurer la pérennité à long terme de ce programme d'accès au traitement. C'est un défi qui concerne autant la médecine que la sensibilisation de toute la population, autant les grandes villes que la dynamique en cours de décentralisation de l'accès aux antirétroviraux.

Quatre projets de recherche franco-camerounais financés par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (Anrs, France) ont été conduits pour évaluer les avancées, les obstacles et les perspectives de cette décentralisation. Ces projets, dont la méthodologie est détaillée dans les chapitres qui suivent, combinent systématiquement des approches qualitatives et quantitatives, d'une façon qui, à notre connaissance, n'a été mise en œuvre nulle part ailleurs en Afrique pour l'évaluation du passage à l'échelle des programmes d'accès aux antirétroviraux depuis l'évaluation des expériences pilotes de la Côte d'Ivoire, de l'Ouganda et du Sénégal évoquées plus haut. Favoriser le dépistage, se battre contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida, insister partout où cela est possible pour réduire les nouvelles infections par la promotion du préservatif, assurer la pérennité de l'accès aux antirétroviraux, tels sont les défis à réaliser pour pérenniser les avancées actuelles.

De ce point de vue, cet ouvrage vise modestement à participer à la visibilité du programme camerounais et des enjeux cruciaux de la décentralisation de la prise en charge, dont le Cameroun propose un modèle particulier qui doit s'inscrire dans un débat économique et politique plus large sur le plan international [5, 6, 11].

Une victoire collective provisoire, des enjeux à affronter

Enfin, n'oublions pas que comme tous les pays qui connaissent des crises des valeurs, celles et ceux qui, au Cameroun, participent à ces victoires méritent encore plus qu'ailleurs une reconnaissance sociale, professionnelle et symbolique. C'est aussi une condition *sine qua non* pour que les patients puissent se sentir bien entourés et libres. Alors, de la coopération internationale (partenaires bilatéraux comme institutions internationales), de l'implication des ONG internationales, des associations camerounaises au niveau national, régional ou local (notamment celles qui représentent les personnes atteintes, les groupes vulnérables, etc.), des ministres et responsables des comités nationaux de lutte contre le sida successifs, des chercheurs camerounais et étrangers, chacun a constitué un maillon important de ces progrès. Le travail qui reste à réaliser reste, malgré tout, considérable. C'est aussi au nom et à la mémoire de toutes celles et tous ceux qui sont morts sans bénéficier de ces traitements qu'il ne faut pas fléchir, encore moins abdiquer. Réduire les inégalités géographiques, économiques et sociales, accentuer la décentralisation et savoir évaluer cette politique pour l'améliorer sans cesse, ce sont des enjeux de santé publique majeurs au Cameroun, mais c'est également un défi pour la démocratie.

Références bibliographiques

1. Bourgeois A, Eboko F. *Situations cliniques et négociations sociales face au VIH/sida au Cameroun*. Synthèse critique des sessions de formation pour la prise en charge thérapeutique des personnes victimes du VIH/sida au Cameroun des 11 et 12 décembre 1997, Yaoundé, polycopié, 15 p.
2. Commeyras C. Cameroun : situation sur la mise en place des antirétroviraux. *ReMed* octobre 2001 ; 25 : 15-20.
3. Commeyras C, Rey JL, Badre-Sentenac S, Essomba-Ntsama C. Determining factors of observance of antiretroviral treatments in Cameroon during the start-up period (2000-2002). *Pharmacy practice* 2006 ; 4(3) : 117-22.
4. Desclaux A, Lanièce I, Ndoye I, Tavernier B. *L'initiative sénégalaise d'accès aux anti-rétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. Anrs, collection Sciences sociales et sida, Paris, 2002, 260 p.
5. Dixneuf M. Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale. *Revue française de science politique* 2003 ; 53(2) : 277-304.
6. Dixneuf M. La santé publique comme observatoire des dynamiques de la mondialisation, In Laroche J, Éd. *Mondialisation et gouvernance mondiale*. IRIS-PUF, Paris, 2003, p. 213-225.
7. Eboko F. Law against morality ? Access to anti-AIDS drugs in Africa. *International Social Science Journal* 2005 UNESCO, Paris : 715-24.
8. Eboko F. Patterns of Mobilization : political culture in the fight against AIDS, In Amy S. Patterson, Ed. *The African State and the AIDS Crisis*. Ashgate Publishers, Aldersshot : 37-58, 2005.
9. Eboko F. Institutionaliser l'action publique en Afrique : la lutte contre le sida au Cameroun, In Quantin P, Éd. *Gouverner les sociétés africaines. Acteurs et institutions*. Karthala, Paris, 2005 : 263-87.
10. Katzenstein D, Laga M, Moatti JP. The evaluation of the HIV/AIDS Drug Access Initiatives in Cote d'Ivoire, Senegal and Uganda : how access to antiretroviral treatment can become feasible in Africa. *AIDS* 2003 ; 17 : S1-S4.
11. Katzenstein D, Koulla-Shiro S, Laga M, Moatti JP. Learning and doing : Operational Research and access to HIV treatment in Africa. *AIDS* 2010 ; 24 : S1-S4.
12. Laurent C, Kouanfack C, *et al.* Effectiveness and safety of generic fixed-dosed combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1 infected adults in Cameroon : open-label multicentre trial. *Lancet* 2004 ; 364, July 3 : 29-34.
13. Ministry of Public Health and National AIDS Control Committee. *Towards universal access to care and treatment for adults and children living with HIV/AIDS in Cameroon* [in French]. Progress Report n° 11. Ministry of Public Health and NACC, Yaounde, Cameroon, September 2008.
14. Moatti JP, Coriat B, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Flori Y, Eds. *Economics of AIDS and Access Care in Developing Countries. Issues and Challenges*. Anrs, Paris, 2003, 486 p.
15. Moatti JP, Spire B, Kazatchkine M. Drug resistance and adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment : against a double standard between the north and the south. *AIDS* 2004 ; 18 : S55-S61.

16. Msellati P, Vidal L, Moatti JP. *L'accès aux traitements du VIH en Côte d'Ivoire – Évaluation de l'initiative Onusida/ministère ivoirien de la Santé publique : aspects économiques, sociaux et comportementaux*. Anrs, Paris, 2001.



Chapitre 2

Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique : le cas du Cameroun

François-Colin NKOA, Fred EBOKO, Jean-Paul MOATTI

L'objet de ce chapitre est d'examiner la mobilisation internationale des ressources financières par le biais de l'aide publique au développement, dans le cadre de la lutte contre le sida au Cameroun. Comment les mécanismes de financement mis en place pour lutter contre cette maladie à l'échelle internationale affectent-ils l'Afrique et comment envisager l'exemple camerounais, au regard du niveau d'implication de ses partenaires multilatéraux et bilatéraux ?

Une première partie est consacrée à l'analyse de la genèse et de l'évolution de la coopération internationale dans le domaine du financement de la lutte contre la pandémie du sida. La seconde analyse l'impact des différentes initiatives internationales sur le financement de cette action au Cameroun.

La mobilisation internationale en faveur de la lutte contre le sida peut être divisée en deux grandes périodes. La première, qui s'étend de 1986 à 1998, se caractérise par le rôle central de l'OMS en tant que principal acteur de la réponse globale à la pandémie, à travers son plan global de lutte contre le VIH/sida (Global Program against AIDS – GPA). La deuxième période s'étend de la fin des années 1990 jusqu'à nos jours. Elle se caractérise par la mise en place depuis le 1^{er} décembre 1995 d'un programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, dont le secrétariat (ONUSIDA) est censé coordonner transversalement l'action multisectorielle de toutes les agences onusiennes impliquées et par la multiplication des initiatives multi et bilatérales de financement pour la lutte contre le sida. Il en est pour exemple le programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique, plus connu sous son acronyme anglais MAP (Global Program against AIDS) de la Banque mondiale, lancé en 1999, la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Global Fund against AIDS, Tuberculosis and Malaria – GFATM en 2001) et, enfin, le plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (President Emergency Plan for AIDS and Relief – PEPFAR), créé par le président américain George W Bush en 2003. À eux trois, ils assurent plus de 80 % de l'aide internationale en matière de sida, aide qui a connu une croissance spectaculaire de moins d'un milliard de dollars US par an jusqu'à la fin du siècle dernier à 7,7 milliards de déboursments en 2008 (avec 8,8 milliards d'engagements) [15]. Cette croissance de l'aide ciblée sur le sida a tiré l'essentiel de l'augmentation de l'aide publique au développement consacrée à la santé depuis 2000, accroissant en parallèle la part de l'aide santé consacrée à la lutte contre la pandémie (de 5,5 % à 47,2 % du total entre 1998 et 2007) [25].

D'une cause internationalement reconnue, mais sans moyens financiers (1986-1990)...

C'est en 1986 que la communauté internationale prend conscience de la nécessité de coordonner la lutte contre la pandémie du sida sur un plan global [20]. Avant cette date, aucun pays industrialisé ne consacre de ressources à la lutte contre le sida dans les pays en développement. C'est l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à travers son plan global de lutte contre la pandémie du sida, qui va inciter ces pays à affecter des ressources financières à la lutte contre cette maladie dans les pays du Sud. Les pays donateurs ont le choix entre le financement direct (approche bilatérale) ou le financement indirect (approche multilatérale). L'approche bilatérale consiste, pour un pays, à verser directement les ressources mobilisées en faveur de la lutte contre le sida au pays bénéficiaire, généralement par le biais de l'agence de développement nationale. L'approche multilatérale consiste, quant à elle, pour le pays donateur, à faire transiter les fonds par une agence spécialisée du système des Nations unies ou d'une agence spécialement créée à cet effet (ce qui sera le cas du Fonds mondial en 2001).

L'analyse des données sur l'aide consacrée au sida au cours de cette première phase de la lutte est riche d'enseignements.

Les principaux bailleurs de fonds sont les grands pays donateurs de l'OCDE, avec, à leur tête, les États-Unis (*tableau 1*). La part des dix premiers pourvoyeurs de fonds internationaux s'élève à 80 % au cours de cette première phase.

Tableau 1
Les dix principaux donateurs de l'aide à la lutte contre le sida (1986-1991),
en milliers de dollars US constants

Pays	Montants (%)*
États-Unis	237 331 (27,9)
Suède	97 539 (11,5)
Canada	70 500 (8,3)
Royaume-Uni	59 340 (7)
CEE	48 040 (5,6)
Norvège	41 448 (4,8)
France	38 923 (4,5)
Danemark	36 896 (4,3)
Allemagne	28 251 (3,3)
Pays-Bas	22 732 (2,6)
Autres**	166 639 (19,6)
Total	847 639

* Il s'agit des contributions directes des pays, ainsi que de leurs contributions transitant par le plan global de lutte contre le VIH/sida de l'OMS. Les contributions passant par d'autres organismes multilatéraux étant imputées directement à ces organismes, l'effort effectif des pays est donc sous-estimé par ces statistiques.

** Autres pays membres de l'OCDE + l'ex URSS, le Koweït et les fonds multilatéraux transitant par d'autres institutions que l'OMS (Banque mondiale, PNUD, UNICEF, FNUAP) et des fondations et entreprises privées (Sasakawa Foundation, IBM, World AIDS Foundation, Swiss Red Cross).

Source : Mann J et coll (1992).

Lors de cette première phase de financement de la lutte contre le sida (1986-1991), le montant des ressources totales mobilisées par les pays donateurs est évalué à 847 639 millions de dollars, la part du financement multilatéral, c'est-à-dire, à l'époque, celui passant par l'OMS et les autres agences spécialisées des Nations-unies représentant 60 % du total.

Une analyse plus fine permet de nuancer ce constat. Les chiffres globaux du tableau masquent en effet des disparités entre les bailleurs les plus importants et ceux qui contribuent plus modestement. Dans le groupe des dix premiers contributeurs, le financement direct est privilégié par la majorité (*tableau 2*). À l'inverse, comme on le voit en rapprochant les *tableaux 1 et 2*, l'aide des plus petits contributeurs passe en majorité par la voie multilatérale. L'explication semble résider dans le fait que les grands pays disposent de leur propre agence d'aide au développement, qui participe directement au financement des programmes de lutte contre le sida dans les pays en développement. Il s'agit de l'USAID¹ pour les États-Unis, du DFID² pour le Royaume-Uni, de l'AFD³ pour la France, de la GTZ⁴ et de la KFW pour l'Allemagne, de l'ACDI⁵ pour le Canada, du SIDA⁶ pour la Suède.

Tableau 2
Pourcentage de l'aide bilatérale des dix principaux donateurs de l'aide totale affectée à la lutte contre le sida (1986-1991)

Pays	1986-1991
États-Unis	61,09
Suède	36,1
Canada	64,7
Royaume-Uni	19,4
Norvège	30,04
France	88,1
Danemark	53,9
Allemagne	75,5
Pays-Bas	16,8
CEE	99,9

Source : Mann J et coll (1992).

En définitive, au cours de cette période, les acteurs les plus importants dans le financement de la lutte contre le sida semblent avoir une préférence pour le financement direct. L'aide à la lutte contre le sida ne paraît pas dénuée de fondements autres que ceux de la solidarité entre États. Les enjeux stratégiques et géopolitiques semblent être les principales raisons de ce choix, ce qui tend à ce que l'aide

¹ United States Agency for International Development.

² United Kingdom Department for International Development.

³ Agence française de développement.

⁴ Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (Agence allemande de coopération technique).

⁵ Agence canadienne pour le développement international.

⁶ Swedish International Development Agency.

à la santé en général et à la lutte contre le sida en particulier ne soit pas très différente de l'aide destinée aux autres secteurs. C'est la maturation progressive de la question du sida dans l'opinion publique mondiale et sur l'agenda des décideurs politiques au plus haut niveau, culminant avec la tenue en 2001, pour la première fois dans l'histoire, d'une session spéciale de l'assemblée générale des Nations unies exclusivement consacrée à une maladie, qui va modifier la donne⁷.

... au sida comme moteur des financements pour la santé globale

La mobilisation internationale, à partir de 1996, pour combler le fossé, éthiquement insupportable, dans l'accès aux traitements du VIH/sida entre le Nord et le Sud et qui fait suite à la démonstration que les multithérapies antirétrovirales s'avèrent efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité chez les personnes vivant avec le virus, va déboucher sur une concentration quasiment sans précédent dans l'histoire de la santé publique mondiale des financements, tant internationaux que nationaux, consacrés au sida, à partir du tournant du nouveau siècle. Pourtant, au plan agrégé, le sida ne contribue qu'à environ 6 % de la mortalité totale dans l'ensemble des pays à bas revenus⁸. Comme l'illustre la *figure 1*, cette croissance du financement est ponctuée par l'émergence de ce qu'il sera désormais convenu d'appeler des « initiatives pour la santé globale » (Global Health Initiatives – GHI)

La Banque mondiale sera la première institution financière multilatérale à intervenir dans le champ de la lutte contre le sida, puisqu'elle est partenaire de l'ONUSIDA depuis sa création en 1996. Pour autant, c'est à partir de 2000 qu'intervient le changement majeur de son action dans ce domaine, avec la création de son Multi Country AIDS Program (MAP), qui se donne pour objectifs, à la fois d'accroître la coordination des actions au niveau des états, en s'appuyant sur les gouvernements (notamment, les comités nationaux de lutte contre le sida, ou les structures équivalentes mises en place dans les pays) et de s'appuyer sur tous les acteurs essentiels impliqués dans cette lutte dans chaque pays, y compris en soutenant « la société civile » et les « communautés ».

L'approche de la Banque mondiale entretient néanmoins de nombreuses ambiguïtés, tant sur l'équilibre à rechercher entre financements consacrés à la prévention et à l'accès au traitement, que sur les objectifs poursuivis dans l'implication de la société civile et les organisations non gouvernementales, entre moyen de faire entendre la « voix » des plus pauvres et des plus vulnérables à la maladie et donc d'exercer une pression démocratique sur les choix des gouvernements ou/et l'instrumentalisation, dans la perspective de privatisation des services publics, qui constitue une des pierres angulaires des politiques néolibérales dites du « consensus de Washington » [6, 22].

La volonté de s'appuyer sur une réponse multilatérale est encouragée par le secrétaire général de l'ONU de l'époque, Kofi Annan, qui a couvert de son autorité la création, en 2001, du Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la

⁷ United Nations General Assembly Special Session (UNGASS). Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 25–27 June 2001, United Nations, New-York.

⁸ World Health Organization (WHO). The Top Ten Causes of Death. Geneva, Switzerland : WHO ; 2008. Fact Sheet No. 310. disponible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/print.html>

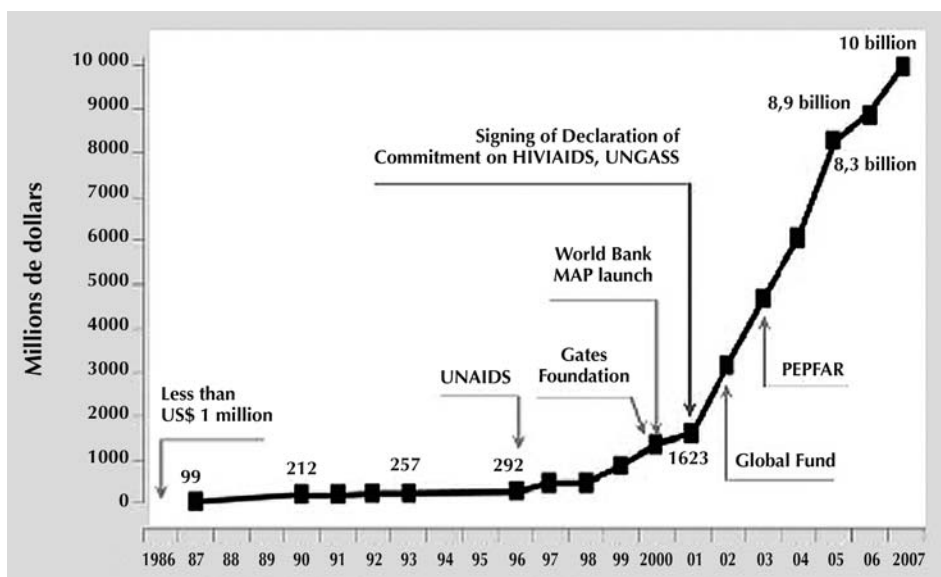


Figure 1
Évolution du financement mondial total consacré à la lutte contre le sida (1986-2007)
Source : UNAIDS

tuberculose. Celui-ci devient opérationnel en 2002. Il constitue un partenariat multilatéral totalement original, dont la gouvernance se distingue de celle des organisations onusiennes, en ce que son conseil d'administration associe, sur pied d'égalité, les gouvernements des pays donateurs et receveurs de l'aide, ainsi que des représentants du secteur privé, de la société civile et des associations de malades. Plus de la moitié des financements du Fonds mondial ont concerné le VIH/sida. Fin 2009, il avait d'ores et déjà engagé 14,7 milliards de dollars pour soutenir 286 programmes lutte contre le sida dans 138 pays en développement, plus de la moitié de ces financements se concentrant en Afrique sub-saharienne et sur le VIH/sida. Ces programmes ainsi soutenus ont permis la couverture par des traitements antirétroviraux de 2,4 millions de personnes vivant avec le VIH, la couverture de 5,8 millions de personnes pour les traitements de la tuberculose, ainsi que la distribution sur le terrain de 100 millions de moustiquaires imprégnées, efficaces pour la prévention de la malaria⁹.

Comme nous l'avons vu précédemment, à la création du Fonds mondial, le président américain répond en 2003 par la création du PEPFAR (President Emergency Plan for AIDS and Relief), traduisant la préférence des nations les plus puissantes pour une approche bilatérale. Par cette initiative, George W Bush borde sa politique sur quatre fronts. Tout d'abord, il « sort de sa manche » une carte humanitaire particulièrement bienvenue au moment où les troupes américaines débutent leur invasion en Irak, pour contrebalancer sur la scène internationale une image d'impérialisme agressif. Ensuite, en dépit du fait que les États-Unis s'affirment comme le principal donneur du mécanisme multilatéral

⁹ Global Fund against AIDS, TB & Malaria (GFATM). Report of the Executive Director. Twentieth Board Meeting, Addis Ababa, Ethiopia 9-11 November 2009.

qu'est le Fonds mondial (28,9 % de la contribution totale en 2008), il affirme l'option prioritairement unilatérale de son administration en matière d'action internationale, confirmant sa défiance à l'égard des instances multilatérales incarnées par l'ONU : en 2008, plus de la moitié de l'aide publique internationale sur le sida (51,0 %) provient du gouvernement américain, mais, du fait de l'importance du PEPFAR, l'essentiel (88 %) de ces quatre milliards de dollars d'aide est distribué par la voie bilatérale. Par contraste, la France qui est le troisième donneur en 2008, avec près de 500 millions de dollars, passe par la voie multilatérale pour distribuer 86 % de cette somme. De plus, George W Bush prend à contre-pied ses adversaires démocrates, en se montrant plus audacieux que la précédente administration Clinton dans son implication pour la lutte contre le sida en Afrique. Enfin, il sert au passage les intérêts des multinationales pharmaceutiques américaines, puisque, pour bénéficier de l'appui financier du PEPFAR, les pays récipiendaires sont tenus, dans un premier temps, de commander exclusivement des médicaments de marque.

À partir de 2006, une source supplémentaire entre en jeu, initiée par les présidents Chirac en France et Lula au Brésil, l'initiative UNITAID, qui constitue un fonds pour financer les médicaments et autres produits de santé nécessaires à la lutte contre les pandémies infectieuses, à partir de l'instauration d'une taxe « internationale » (en fait décidée nationalement par chaque pays volontaire) sur les billets d'avion. UNITAID constitue le premier exemple d'un financement innovant de l'aide santé qui s'autonomise par rapport aux décisions budgétaires des pays donateurs, décisions susceptibles d'une certaine volatilité (en fonction des aléas de la conjoncture économique, de l'évolution des opinions nationales, des échéances électorales, etc).

À côté des acteurs bilatéraux et multilatéraux, on note l'entrée en jeu, sur le terrain du financement international de la lutte contre le sida et de l'accès aux traitements, des fondations privées et ONG internationales telles que les fondations Bill Clinton ou encore Bill & Melinda Gates. En 2009, on estime que la contribution des fondations privées à l'aide internationale sur le sida a pu dépasser le milliard de dollars [15].

Si cette multiplication d'initiatives globales contribue à alimenter la croissance des financements, elle offre également un exemple de ce que les politologues appellent « polyarchie » : de multiples pouvoirs indépendants les uns des autres œuvrant pour la même cause, sans faire « cause commune », ce qui majore les difficultés d'harmonisation entre ces multiples initiatives sur le terrain des pays récipiendaires.

Cette polyarchie internationale, à l'œuvre dans divers pays du Sud et en particulier africains, soulève nombre d'interrogations, notamment sur le déficit de coordination qui caractérise la coopération bilatérale et multilatérale dans la lutte contre le sida (entre États du Nord et États africains) et, surtout, sur la difficulté à fonder véritablement les actions sur la demande locale qui a souvent du mal à s'exprimer. De fait, dans plusieurs pays, on assiste à un partage territorial arbitraire entre les différents programmes soutenus par l'aide, toléré par les autorités nationales et régionales, mais sans qu'il n'y ait de relation de cause à effet entre les dynamiques épidémiologiques et les actions menées. À défaut de constituer des réponses à des demandes, elles constituent des « offres » en face desquelles les structures étatiques ou déconcentrées (hors des capitales) et les bénéficiaires potentiels se positionnent. S'en suit souvent une répartition

territoriale inégale des actions de coopération bilatérale. Le problème devient majeur lorsque les états sont « effondrés » du fait de crises politiques (République du Congo des années 1990, Congo après la guerre de 1997, Burundi, Rwanda suite au génocide, Sierra Leone, Libéria, etc.) ou très fragilisés, en raison de ressources économiques particulièrement limitées (Mali, Burkina Faso, Niger, etc.) Et la question de l'équité géographique sur le territoire national se greffe à celle des nécessités de survie et de solidarité internationale. Dans le cas des états dont les structures, même affaiblies, détiennent un maillage administratif et sanitaire satisfaisant, la question de la répartition de la manne que constitue désormais l'aide sur le sida se pose avec moins d'acuité, mais soulève tout de même le double problème de leurs responsabilités politiques face à des régions très peu soutenues et celle, au moins morale, des états donneurs du Nord.

L'expérience camerounaise : une capacité à attirer le financement international

Pour faire face à la menace que représente la pandémie du sida, les autorités camerounaises ont, dès 1985, élaboré un programme national de lutte contre le sida (PNLS) et créé une structure technique, le comité national de lutte contre le sida (CNLS), chargé de coordonner cette lutte. Sur le plan institutionnel, ces innovations ont donné lieu à l'élaboration de quatre plans successifs de lutte contre le sida au Cameroun :

- le plan à moyen terme I – PMT I (1988-1992) ;
- le plan à moyen terme II – PMT II (1993-1995) [7] ;
- le plan stratégique national de lutte contre le sida I – PSN I (2000-2005) [13] ;
- le plan stratégique national de lutte contre le sida II – PSN II (2006-2010).

Les deux premiers plans élaborés par les autorités camerounaises ont permis au pays de mobiliser une somme de 18 millions de dollars environ. Le troisième plan a permis de mobiliser une somme plus importante, estimée à 178 millions de dollars environ. Surtout, cette organisation a favorisé la mobilisation des ressources extérieures en faveur de la lutte contre le sida, mais elle n'a pas permis une mobilisation dans les mêmes proportions de ressources internes. Le financement au Cameroun a donc reposé essentiellement sur l'aide internationale. C'est ce que confirme notre analyse de l'évolution des flux financiers consacrés au sida au Cameroun.

D'après les données de la représentation locale du programme des Nations unies pour le développement (PNUD), 12 principaux projets de lutte contre le sida ont été financés au Cameroun par les partenaires extérieurs entre 1986 et 2000. Le *tableau 3* décrit la répartition de ces projets selon la catégorie de donateurs.

Le PNUD¹⁰ nous indique donc l'existence de six bailleurs internationaux, qui interviennent dans la lutte contre le sida au cours de la période considérée. En nombre de projets, la France et le PNUD apparaissent comme les deux acteurs les plus importants. Une autre source ajoute à cette liste deux autres acteurs bilatéraux, le Canada et l'Allemagne, et deux autres acteurs multilatéraux du système des Nations unies, le FNUAP et l'UNICEF. Les ressources mobilisées par ces acteurs figurent dans le *tableau 4*.

¹⁰ Il s'agit des différents rapports sur la coopération au développement au Cameroun, publiés par la représentation locale du PNUD.

Tableau 3
Répartition des projets des principaux bailleurs de fonds de la lutte contre le sida au Cameroun (1986-2000)

Bailleurs bilatéraux	Nombre de projets	Bailleurs multilatéraux	Nombre de projets
France (FAC)	4	PNUD	2
États-Unis (USAID)	2	OMS	1
Japon	1		
CEE	2		

Source : PNUD, Cameroun.

Tableau 4
Montants des engagements des bailleurs en faveur de la lutte contre le sida au Cameroun (1988-1999)

Pays ou organismes donateurs	Engagements en milliers de dollars
États-Unis (USAID)	11 640 (65,25 %)
France (FAC)	3 226 (18,08 %)
CEE	2 031 (11,38 %)
PNUD	568 (3,18 %)
OMS	300 (1,68 %)
Japon	72 (0,4 %)
Total	17 837

Source : calculs des auteurs à partir des données du PNUD, Cameroun.

En parallèle des évolutions internationales évoquées plus haut, les succès obtenus par le Cameroun lors des appels d'offres internationaux ouverts par le Fonds mondial¹¹, l'élargissement du programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique de la Banque mondiale, et l'accès indirect au PEPFAR, par l'intermédiaire de programmes de certaines ONG, ont permis de démultiplier les moyens mis à la disposition du Cameroun dans la lutte contre le sida. On peut maintenant distinguer trois catégories de bailleurs de fonds : les bailleurs de fonds bilatéraux, les bailleurs de fonds multilatéraux traditionnels et les ONG internationales. Le *tableau 5* donne un aperçu de la présence de ces bailleurs au Cameroun en 2008.

Par rapport à la première période, on note une évolution à la hausse du nombre de bailleurs de fonds internationaux. En effet, du côté des partenaires bilatéraux, on observe la présence de trois nouveaux pays, la Belgique, la Chine et l'Italie, qui apparaissent cependant comme des acteurs marginaux dans le financement international de la lutte contre le sida. De même, les ONG internationales (comme nationales), désormais plus nombreuses, ne sont souvent qu'un moyen par lequel passe l'aide bilatérale ou multilatérale du Fonds mondial ou/et du PEPFAR. Elles jouent aussi généralement un rôle d'assistance technique.

¹¹ Selon le CAD/OCDE, 60 % des ressources financières du Fonds mondial sont affectés à la lutte contre le sida.

Tableau 5
Principales sources de l'aide publique au développement affectées à la lutte contre le sida au Cameroun en 2008

Sources bilatérales	Sources multilatérales	ONG internationales
États-Unis (ambassade Centers for Disease Control -CDC, Peace Corps, USAID)	GFATM	Esther, France
Canada (ACDI)	Banque mondiale	Synergie africaine
Allemagne (GTZ, KFW)	OMS	Fondation Clinton
Japon (JICA)	UNICEF	MSF, Suisse
Belgique	FNUAP	Plan international
France (FAC, IRD)	BIT	CARE
Chine	ONUSIDA	AWARE
Italie	PNUD	Croix-Rouge internationale
Union européenne		International Relief Friendship Foundation
		Johns Hopkins University
		New York University School of Medicine
		Voluntary Service Overseas

Source : OMS ; MINSANTE.

Une autre remarque concerne l'absence ou le retrait de certains acteurs. Selon les données de l'OMS, en 2005, les ressources affectées à la lutte contre le sida dans le monde provenaient essentiellement de seize institutions (agences de développement des pays de l'OCDE, organismes multilatéraux, ONG et fondations internationales). Sur ces seize institutions, huit seulement finançaient la lutte contre le sida au Cameroun (*tableau 6*).

Les données de ce tableau indiquent qu'en 2005, la moitié des principaux pourvoyeurs de fonds pour la lutte contre le sida dans le monde n'interviennent pas directement au Cameroun. Il s'agit notamment des organismes publics ou des ONG américaines qui sont fortement impliqués dans la lutte contre le sida. Il est aussi à noter que, parmi les organismes présents en 2005, certains ne finançaient plus ou s'apprêtaient à ne plus financer de manière directe la lutte contre le sida au Cameroun. Il s'agit notamment de la Banque mondiale qui est intervenue au Cameroun dans le cadre de la première phase (2000-2006) de son programme plurinational de lutte contre le VIH/sida. Dans ce cadre, elle a financé un projet au Cameroun qui a couvert la période 2000-2005. Depuis lors, cette institution n'est plus présente de manière directe au Cameroun. De même, les responsables du Haut commissariat du Canada à Yaoundé nous ont signalé le retrait de leur agence de développement international dans le financement bilatéral de la lutte contre le sida. Les financements de cette institution dans ce champ d'action transiteront désormais par les voies multilatérales.

Tableau 6
État de la présence des principaux organismes de financement de la lutte contre le sida au Cameroun en 2005

Organismes	Présence au Cameroun
GFATM	Oui
Banque mondiale	Oui
PEPFAR	Non
USAID	Non
CDC Global AIDS Programme	Non
ACDI	Oui
DFID	Non
GTZ	Oui
AusAID	Non
Esther	Oui
SIDA	Non
JICA	Oui
Bill & Melinda Gates Foundation	Non
Clinton HIV/AIDS Initiative	Oui
WHO/Italian Initiative	Non
WHO/OPEC Fund	Oui

Source : OMS (2006).

Au cours de cette période, les flux financiers internationaux affectés à la lutte contre le sida ont augmenté de façon importante (*tableau 7*).

Les données du tableau indiquent que, depuis l'an 2000, les engagements financiers des bailleurs de fonds se sont élevés à 178 508 982 dollars. Une analyse plus fine montre que ces fonds proviennent, par ordre d'importance, du Fonds mondial (47,4 %), des sources multilatérales (29,7 %), des sources bilatérales (18,2 %) et, enfin, des ONG internationales (4,5 %).

Conclusion : une dépendance excessive vis-à-vis de l'aide ?

Le Cameroun, comme beaucoup d'autres pays en développement en général et africains en particulier, a bénéficié de la solidarité internationale pour financer ses différents plans de lutte contre le sida mis en place depuis la fin des années 1980. En moyenne, l'aide internationale finance un peu moins de la moitié (48 %) des dépenses totales de lutte contre le sida dans les pays en développement, mais ce pourcentage atteint 59 % en Afrique sub-saharienne, l'épicentre de la pandémie, et s'avère encore plus élevé dans le cas du Cameroun (85 % en moyenne sur la période 2004-2007).

Tableau 7

Volume (en dollars) de l'aide à la lutte contre le sida depuis l'an 2000 au Cameroun

Pays donateurs	Montants des engagements	Durée du projet
Donateurs bilatéraux		
États-Unis (CDC)	970 000	2001-2002
États-Unis (USAID)	1 000 000	2000-2002
États-Unis (IHRPC)	2 000 000	2003-2005
<i>Total</i>	<i>3 970 000</i>	
France (FAC)	2 752 293	2000-2002
France (IRD)	200 000	2002
<i>Total</i>	<i>2 952 293</i>	
Allemagne (GTZ)	90 000	2002-2004
Allemagne (GTZ)	1 082 307	2000-2003
Allemagne (GTZ)	309 203	2000-2002
<i>Total</i>	<i>1 481 510</i>	
Canada (ACDI)	4 000 000	2004-2009
Union européenne	20 000 000	2002-2005
Union européenne	117 000	2002
Union européenne	70 000	–
<i>Total</i>	<i>20 187 000</i>	
Total engagements bilatéraux	32 590 803 (18,25 %)	
Donateurs multilatéraux		
PNUD	500 000 USD	1999-2000
BIT	560 000 USD	2000-2003
FNUAP	1 041 691 USD	2000-2002
UNICEF	606 732 USD	2003
OMS	375 000 USD	2002-2003
Banque mondiale	50 000 000 USD	2000-2005
Total des engagements multilatéraux	53 083 423 (29,7 %)	
Fonds mondial		
GFATM-MINSANTE	55 500 617	2005-
GFATM-CARE	16 194 089	2005-
GFATM-MINSANTE	12 976 661	2006-
Total	84 671 367 (47,4 %)	
ONG internationales		
CARE	200 000	2003
Synergie africaine	60 000	2003-2004
Esther, France	1 100 000	2002-2004
Croix-Rouge internationale	1 090 502	2003-2007
International Relief Friendship Foundation	64 000	2003

John Hopkins University	820 000	2001-2003
MSF-Suisse	1 137 850	2000-2008
New York University School of Medecine	1 000 000	2001-2003
Plan international	292 307	2002-2003
PMSC	1 950 000	2003
Projet PRESCICA	200 000	2002
Voluntary Service Overseas	248 730	2002-2003
Total ONG	8 163 389 (4,5 %)	
Total général	178 508 982 (100 %)	

Source : données rassemblées par les auteurs à partir de sources diverses.

Les canaux de transmission de l'aide publique au développement affectée à la lutte contre le sida ont également connu des évolutions intéressantes : au cours des deux premiers plans, cette aide publique provenait à plus de 90 % des sources bilatérales, alors que les ressources du troisième plan provenaient à plus de 80 % des sources multilatérales.

Cette mobilisation internationale en matière de financement de la lutte contre le sida au Cameroun ne s'est pas accompagnée d'un effort similaire de la part du gouvernement, mettant ainsi en évidence les problèmes de « passager clandestin » qui sont courants dans le financement des biens publics mondiaux. Ainsi, selon les statistiques de la Banque mondiale, de 1988 à 1991, la part du budget de l'État affectée aux activités de lutte contre le sida a été de 0,4 % du budget total. Une étude récente, commandée par le PNUD, indique que la situation n'a pas évolué de façon significative en 2007 [3]. Elle montre qu'en 2007, à l'exception notable du ministère de la Santé publique, dont les crédits consacrés à la lutte contre le sida représentent 3 % environ de son budget, les autres ministères y consacrent moins de 1 % des leurs.

Une analyse plus fine montre que les fonds nationaux consacrés au VIH/sida ont augmenté de moins d'un million de dollars avant 2004 à plus de 9,6 millions en 2007. Force est cependant de constater que cette augmentation des investissements nationaux provient en large partie de l'allocation au comité national de lutte contre le VIH/sida de 5 % des ressources totales rendues disponibles en 2006 pour le Cameroun, grâce à la remise de dette dans le cadre de l'initiative « pays pauvres très endettés » (PPTe), avec près du tiers (27 %) des fonds de cette initiative affectés au secteur de la santé. Mais, hors ressources PPTe, le ministère ne consacre à la lutte contre le sida que 0,4 % de son budget total. De fait, c'est aussi la solidarité internationale qui permet d'accroître, de manière indirecte, les ressources « internes » en faveur de la lutte contre le sida.

La dépendance du programme camerounais à un nombre limité de dispositifs multilatéraux d'aide, notamment le Fonds mondial, a probablement été un facteur de succès de ce programme (par exemple, en favorisant une harmonisation de fait autour des contraintes et procédures d'un nombre limité de bailleurs de fonds), mais peut s'avérer un facteur de fragilité. Ainsi, les échecs récents des propositions déposées par le Cameroun aux appels d'offres 8 et 9 du Fonds mondial (2008-2009) menacent la pérennité du passage à l'échelle, si des relais de financement ne sont pas trouvés.

Selon un récent rapport de la Banque mondiale, des craintes fortes s'expriment de la part des responsables sanitaires, associatifs et politiques dans les pays bénéficiaires de l'aide internationale en matière de lutte contre le sida [3]. L'enquête a été réalisée en collaboration avec l'ONUSIDA, en mars 2009, dans 71 pays ciblés en Europe de l'Est et en Europe centrale, en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Selon cette étude, les conséquences de la crise varieront en fonction du poids de la lutte contre le sida sur le type de ressources (internes ou externes) dont cette politique dépend. Le rapport distingue trois catégories de pays : « les pays les plus exposés », mais dont l'implication financière nationale est forte dans l'accès aux antirétroviraux (le Botswana, par exemple, qui finance à hauteur de 80 % l'accès au traitement de ses patients) ; les seconds sont les pays moins exposés, car la charge financière du sida y est limitée, du fait de la modicité relative des taux de séroprévalence (pays d'Afrique du Nord, Sénégal) ; le dernier groupe, qui comprendrait le Cameroun, représente les états presque totalement tributaires de l'aide extérieure pour l'accès aux antirétroviraux, donc particulièrement sensibles à des modifications d'orientations de la part des bailleurs internationaux.

L'impératif ici consiste à renforcer l'institutionnalisation de la lutte contre le sida au Cameroun [12] et à travailler sur des capacités d'anticipation de scénarios « difficiles », comme celui d'une baisse éventuelle des ressources extérieures. Une récente analyse comparée entre le Cameroun, le Burkina Faso et le Botswana montre que le Cameroun se situe dans l'entre-deux, entre « une gouvernance du délestage » (déléguer des missions de service public à des partenaires étrangers, à l'exemple du Burkina Faso) et un État fortement régulateur, canalisant l'aide extérieure en fonction de ses objectifs propres, comme le Botswana [14].

Dans ce registre, comme dans d'autres, il s'agit de mettre en œuvre le sens même de la responsabilité politique : « Gouverner c'est prévoir ».

Références bibliographiques

1. Agence française pour le développement (AFD). *L'Aide au développement. Évolutions récentes et grands débats*. AFD, Paris, 2005.
2. Altam D. Globalization and the AIDS industry. *Contemporary Politics* 2003 ; 4 (3) : 223-45.
3. Banque mondiale, 2009, *La crise économique mondiale et les programmes de prévention et de traitement du VIH. Vulnérabilité, impact*. Washington, programme mondial de lutte contre le sida, Genève, ONUSIDA, 30 juin 2009, 31 p. (Rapport dirigé par Bonnel R).
4. Bourguinat H. Quand les « biens publics » deviennent « globaux ». *Sociétal* n° 39, 1^{er} trimestre 2003.

5. Chabrol F. *Le sida en Afrique : un enjeu de sécurité internationale. Revue internationale et stratégique* 2002 ; 2 : 129-36.
6. Coriat B. Introduction : a new stage in the fight against the HIV/AIDS pandemic – an economic perspective, In Coriat B, Éd. *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*. Cheltenham (UK) & Northampton (USA), Anrs, Paris, 2009 : 1-8.
7. Eboko F. L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida. *Politique africaine* 1996 ; 64 : 135-45.
8. Eboko F. *Politique et sida au Cameroun. Dynamiques sociales et émergence du sujet*, Thèse de doctorat en science politique. CEAN, Institut d'études politiques de Bordeaux, Centre d'étude d'Afrique noire, Université de Montesquieu, Bordeaux IV, 2002, 490 p.
9. Eboko F. Le sida en Afrique. La perspective globale d'un drame local. À partir de l'exemple du Cameroun, In Gobatto I, Éd. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*. Karthala-MSHA, Paris, 2003 : 47-80.
10. Eboko F. Patterns of mobilization : political culture in the fight against AIDS, In Patterson A, Éd. *The African State and the AIDS Crisis*. Ashgate, Aldershot, 2005, pp. 37-58.
11. Eboko F. Institutionnaliser l'action publique en Afrique. La lutte contre le sida au Cameroun, In Quantin P, Éd. *Gouverner les sociétés africaines*. Karthala, Paris, 2005 : 263-87.
12. Eboko F. Le sida en Afrique : une tragédie locale sous le désordre mondial. *Esprit* août septembre 2005, Vues d'Afrique : 200-11.
13. Eboko F, Renaudin. La lutte contre le sida au Cameroun : collusions entre perspectives internationales et dynamiques d'un État fragile *Terroirs. Revue africaine des sciences sociales et de culture* 2005 ; 1-2 : 201-28.
14. Eboko F, Owona Nguini M, Enguéguélé M. Cameroun, Burkina Faso, Botsawana : une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique. *Télescope. Revue d'analyse comparée en administration publique*. École nationale d'administration publique, Québec, printemps-été 2009 : 52-67.
15. Kates J, Lief E, Avila C. *Financing the response to AIDS in low- and middle income countries : International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments in 2008*. Kaiser Family Foundation, UNAIDS, July 2008, Geneva.
16. Kaul I, Grunberg I, Stern MA (SD). *Global public goods : taking the concept forward United Nations Development Program*. Discussion papers series, PNUD, 2001.
17. Kaul I, Grunberg I, Stern MA. *Les biens publics mondiaux. La coopération internationale au XXI^e siècle*. PNUD, Economica, Paris, 2001.
18. Kindleberger Ch. International public goods without international government, *American Economic Review* 1986 ; 76 : 1.
19. Jamison, *et al.* International Collective Action in Health : Objectives, Functions and Rationale. *Lancet* 1998 : 351.
20. Mann J, Tarantola DJM, Netter T, Eds. Funding the global AIDS strategy, In *Aids in the World*. Harvard University Press, Cambridge, USA, 1992.
21. Moatti, *et al.* *Economics of AIDS and Access Care in Developing Countries : Issues and Challenges*. Anrs, collection Sciences sociales et sida, Paris, 2003.
22. Moatti JP. The economics of health care in developing countries : what the fight against the AIDS epidemics has changed. *Comptes Rendus Biologies* 2008 ; 331 : 964-72.

23. Ondoua Biwolé V. *État des lieux de la prise en compte du VIH/sida dans les budgets de certains départements ministériels*. Rapport commandé par la représentation locale du PNUD, novembre 2007.
24. Samuelson P. The pure theory of public expenditure. *Review of Economic and Statistics* 1954 : 56.
25. Shiffman J Berlan D, Hafner T. Has Aid for AIDS Raised All Health Funding Boats ? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 ; 52 : S45-S48.



Chapitre 3

Passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun : décentralisation et qualité de la prise en charge

Sylvie BOYER, Fred EBOKO, Mamadou CAMARA, Claude ABÉ, Mathias Eric OWONA-NGUINI, Sinata KOULLA-SHIRO, Jean-Paul MOATTI et le groupe d'étude EVAL-Cameroun

Avec une prévalence du VIH estimée en moyenne à 5,5 % chez les adultes (15 à 49 ans), caractérisée par de fortes disparités en fonction du genre, des régions et des zones urbaines et rurales, le Cameroun connaît une épidémie de VIH généralisée [19]. En 2008, environ 540 000 personnes étaient estimées infectées par le VIH [27].

Face à l'épidémie, le gouvernement camerounais s'est engagé dès 2001 dans la mise en œuvre d'un vaste programme visant à faciliter l'accès aux antirétroviraux, dont l'une des stratégies clés consiste en une politique ambitieuse de décentralisation de la prise en charge [10]. Entre 2001 et 2003, 24 centres de traitement agréés (CTA) pour la prise en charge par les antirétroviraux ont ainsi été créés au sein des hôpitaux situés dans les deux capitales, administrative et économique, du pays (Yaoundé et Douala), ainsi que dans les hôpitaux de chacun des chefs lieux de province. À partir de 2005, la décentralisation de la prise en charge s'est poursuivie, avec la mise en place des unités de prise en charge (UPEC) au sein d'un certain nombre d'hôpitaux de district des dix provinces du pays. Ainsi, en juin 2008, la prise en charge par antirétroviraux était-elle disponible dans 106 des 174 districts sanitaires créés depuis la décentralisation du système de santé entamée en 1992 par le pays [5] (*figure 1*). Au total, 71 % des structures de prise en charge délivrant des antirétroviraux sont publiques, 11 % sont privées (cliniques et hôpitaux des grandes entreprises), 16 % relèvent du privé confessionnel à but non lucratif, et 2 % du secteur dit de « sécurité » (infirmes des prisons, centres médicaux de la police et des forces armées, etc.).

Cette décentralisation du programme national a facilité l'augmentation de la couverture des besoins de 15 % fin 2005 à 38 % en 2008, puis 46,3 % fin 2009, soit le taux le plus élevé dans le contexte de l'Afrique centrale et de l'Ouest [40].

Des recommandations nationales pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida ont également été définies, afin d'assurer la mise en œuvre opérationnelle du programme (voir *encadré 1*) [26]. Quatre traitements de première ligne composés de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ont été définis dans les protocoles nationaux et sont disponibles dans l'ensemble des centres de traitement agréés et des unités de prise en charge pour l'initiation du

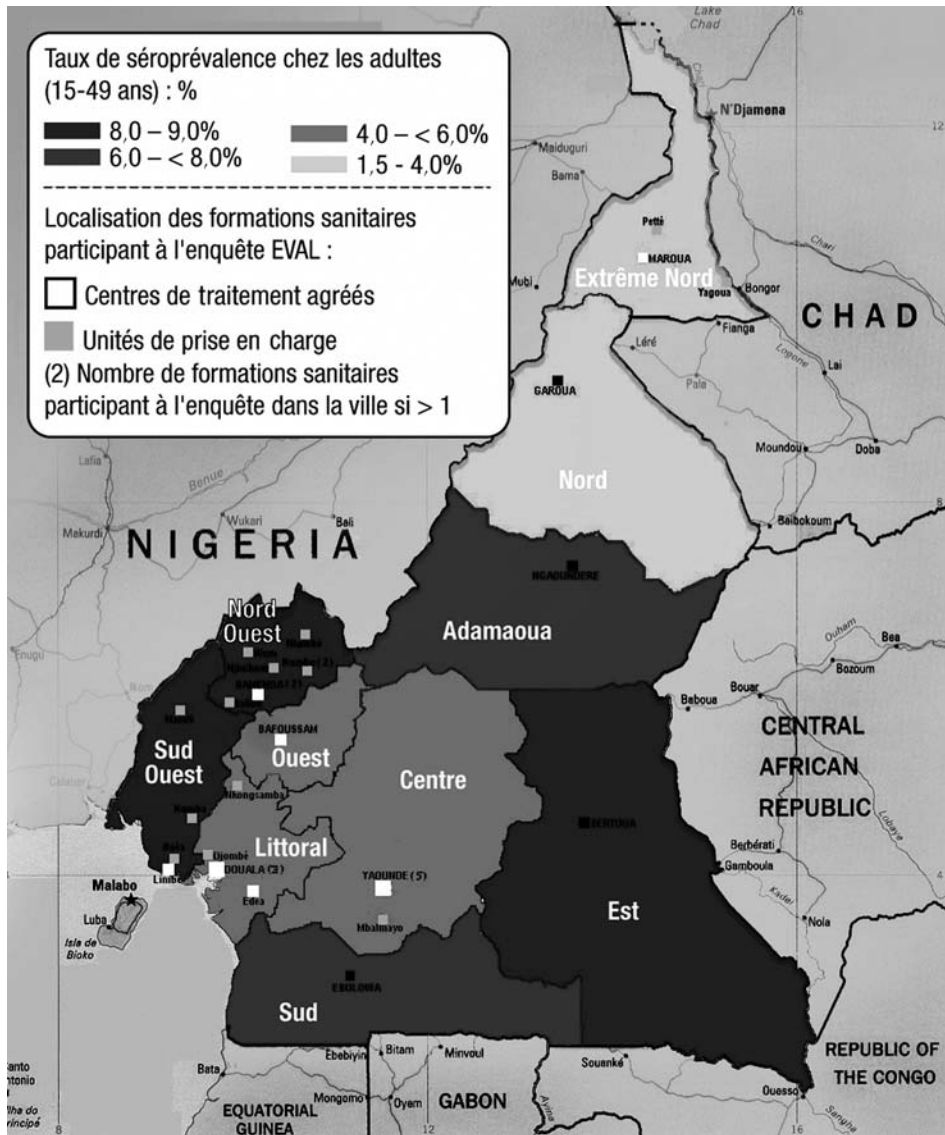


Figure 1
Taux de séroprévalence du VIH/sida au Cameroun et localisation des formations sanitaires participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116

traitement. Quatre autres traitements sont recommandés en seconde ligne, comprenant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase ; les traitements de seconde ligne sont, par contre, seulement disponibles dans les centres de traitement agréés des niveaux provincial et central. Par ailleurs, tous ces centres, mais seulement certaines unités de prise en charge, disposent d'un équipement permettant de réaliser la numération des CD4/CD8 (Facscout). Pour les unités de prise en charge non équipées, les

Encadré 1 : Recommandations nationales pour la prise en charge par les antirétroviraux au Cameroun [27]

- Examen clinique complet (examen physique et anamnèse), permettant de définir le stade clinique de la maladie selon la classification de l'OMS, et numération des CD4 (≤ 200 cellules/mm³) ou numération de la formule sanguine (NFS) pour les services VIH où le taux de CD4 n'est pas disponible.
- Évaluation de l'éligibilité aux antirétroviraux à partir de la classification des Centers for Disease Control ou de l'OMS, si le taux de CD4 n'est pas disponible (stade clinique III ou IV et stade clinique II, si le taux de lymphocytes totaux est inférieur à 1 200/mm³).
- Pour les patients éligibles aux antirétroviraux : bilan pré-thérapeutique subventionné incluant NFS, transaminases (ALAT/ASAT), taux de glycémie et numération des CD4 si disponible.
- Présentation et discussion des dossiers médicaux des patients éligibles par le comité thérapeutique, qui a pour rôle de s'assurer que les protocoles antirétroviraux proposés correspondent au traitement le plus adapté à la situation du patient.
- Recommandation de quatre protocoles standard de première ligne composés de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse : zidovudine OU stavudine + lamivudine + névirapine OU éfavirenz (le traitement le moins coûteux et le plus souvent prescrit est une combinaison générique à dose fixe de névirapine, stavudine et lamivudine – Triomune[®], Cipla, India – qui a fait la preuve d'une excellente efficacité et tolérance) [23]. Cinq traitements alternatifs sont recommandés pour les cas particuliers (co-infection avec la tuberculose, avec l'hépatite B ou C et femmes enceintes) composés, soit de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (incluant ténofovir ou abacavir) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, soit de trois inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (abacavir + lamivudine + zidovudine).
- En cas d'échec thérapeutique, les patients sont référés au centre de traitement du VIH de référence de la province (centre de traitement agréé tuteur), qui est autorisé à décider de l'initiation d'une seconde ligne incluant un inhibiteur de protéase et deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.
- Après initiation du traitement par les antirétroviraux, la réalisation d'un bilan de suivi semestriel est recommandée, incluant les mêmes examens que ceux du bilan pré-thérapeutique, ainsi que, une fois par an, un examen de charge virale si disponible.

procédures de mise sous traitement ont été simplifiées, afin de permettre l'initiation du traitement antirétroviral à partir de l'évaluation du stade clinique de la maladie et, pour les patients au stade 2, à partir du taux de lymphocytes totaux, conformément aux recommandations de l'OMS [27, 45]. En cas de besoin (patients nécessitant un traitement de seconde ligne ou certains examens complémentaires), les unités de prise en charge peuvent également référer les patients vers leur centre de traitement agréé « tuteur », soit, généralement, celui du chef lieu de province. Le rôle des centres « tuteurs » consiste à aider les unités de prise en charge dans la réalisation des examens biologiques et dans la prise en charge des cas compliqués, à assurer le renforcement des capacités dans ces unités, ainsi qu'à superviser le processus de décentralisation dans leur zone de compétence [22].

Afin d'être accréditées pour la délivrance des antirétroviraux, les unités de prise en charge doivent remplir les critères suivants, définis par le ministère de la Santé publique : être capables d'établir un diagnostic de contamination par le VIH ; avoir

mis en place, au sein du service VIH, un programme de prévention et de traitement de la tuberculose ; être capables de réaliser les examens biologiques nécessaires à l'initiation du traitement ; disposer d'une pharmacie permettant de délivrer les antirétroviraux et les médicaments essentiels, selon le cadre défini par la centrale nationale d'achat de médicaments essentiels ; disposer d'un système d'enregistrement et de notification des cas ; et, enfin, disposer d'une équipe formée dans la prise en charge des personnes atteintes par le VIH/sida et la prescription des antirétroviraux.

L'objectif de ce chapitre est de contribuer au débat sur la faisabilité de la décentralisation de l'accès à ces traitements, en étudiant, en fonction du niveau de décentralisation des services, les résultats du programme camerounais en termes de qualité de la prise en charge des patients traités. Les résultats de ce travail peuvent également contribuer au débat actuel sur les synergies entre systèmes de santé et interventions ciblées sur le VIH, qui bénéficient du soutien financier d'initiatives globales de santé tel le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Matériel et méthode

Cette étude a été réalisée à partir de l'enquête transversale EVAL – Anrs 12 116, conduite au Cameroun entre septembre 2006 et mars 2007 auprès d'un échantillon de 3 151 personnes vivant avec le VIH/sida, suivies dans 27 hôpitaux agréés pour la prise en charge du VIH (centres de traitement agréés et unités de prise en charge), situés dans six provinces du pays¹. L'enquête s'adressait aux personnes âgées d'au moins 21 ans et diagnostiquées séropositives pour le VIH depuis au moins trois mois. La méthodologie détaillée de l'enquête est présentée en fin de chapitre.

Analyses statistiques

Les principales caractéristiques des formations sanitaires et des patients traités par antirétroviraux ont été comparées aux trois niveaux de décentralisation de la prise en charge (central, provincial, de district) à l'aide du test de Chi² et du test de Fisher pour les variables catégorielles et du test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

Quatre principaux critères de résultats ont été utilisés pour évaluer la qualité de la prise en charge, en fonction du niveau de décentralisation, chez les patients traités depuis au moins six mois : le gain mensuel moyen en CD4 depuis la mise sous traitement, l'observance au traitement, la qualité de vie physique et mentale.

L'observance a été mesurée à partir de questions sur la prise de comprimés au cours des quatre derniers jours, ainsi qu'à partir de questions sur le respect des horaires des prises et sur les interruptions de traitement déclarées au cours des quatre dernières semaines. Un score d'observance a été élaboré, permettant de distinguer les patients selon leur degré d'observance (« élevé », « modéré » et « faible »)² [25, 37]. Ce score avait été validé précédemment dans des études

¹ Provinces du Centre du Littoral, de l'Ouest, du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et de l'Extrême Nord.

² Le score est construit dans un premier temps à partir des questions sur la prise de comprimés au cours des quatre derniers jours, permettant de distinguer l'observance parfaite (aucune prise manquée), l'observance moyenne (le patient déclare avoir pris 80 à 99 % des doses prescrites) et l'obser-

menées auprès de patients séropositifs dans des pays d'Afrique francophone [28]. Pour les objectifs de l'analyse, le score d'observance a été dichotomisé en deux classes : les patients présentant une observance « élevée » et les patients présentant une observance « modérée ou faible ».

Les données collectées par questionnaires en entretiens face-à-face incluaient également une évaluation de la perception par les patients de leur qualité de vie à partir de l'échelle SF-12 [12]. Cette échelle générique multidimensionnelle, validée dans le contexte spécifique de l'infection à VIH [8], permet la construction de deux sous-scores dont les valeurs vont de 0 à 100 : le premier correspond à la dimension physique de la qualité de vie perçue et le second à la dimension mentale (des valeurs croissantes étant associées à une meilleure qualité de vie perçue).

Les variables de réponse continues (gain mensuel moyen en CD4/mm³ et qualité de vie physique et mentale) ont été normalisées, en utilisant une transformation basée sur l'inverse de la fonction de répartition de la loi normale standard, ce type de transformation étant plus performant que des transformations ad hoc tel le passage en logarithme [42].

Les facteurs significativement associés à chacune des variables de résultats ont été identifiés, dans un premier temps, en analyse univariée à partir de modèles de régression multi-niveaux (modèles à effets mixtes) pour données hiérarchiques (patients regroupés à l'intérieur des services de santé), qui permettent de prendre en compte la corrélation entre les individus suivis dans un même hôpital. Des modèles de régression multi-niveaux linéaires ont été utilisés pour les variables de réponses continues (gain mensuel en CD4 et qualité de vie physique et mentale) et un modèle de régression multi-niveaux logistique pour la variable dichotomique « observance ».

Des analyses multivariées ont ensuite été conduites, afin de tester si les résultats étaient confirmés après ajustement sur les différents facteurs prédictifs de chacune des variables dépendantes. Les variables significatives au seuil de $p < 0,20$ en analyse univariée ont été sélectionnées pour l'analyse multivariée. Une procédure de sélection ascendante pas-à-pas a été utilisée pour déterminer les modèles finaux. Les modèles à effets mixtes ont été estimés à partir de la méthode du maximum de vraisemblance restreint, appliquée sous le logiciel stata par la commande « xtmixed » pour les modèles linéaires et « xlogit » pour les modèles logistiques [32].

Résultats

Le *tableau 1* présente les caractéristiques des formations sanitaires ayant participé à l'enquête selon le niveau de décentralisation (central, provincial, de

vance faible (le patient déclare avoir pris moins de 80 % des doses prescrites). Le score d'observance est ensuite calculé au cours des quatre dernières semaines, à partir des questions portant sur le respect des prises sur cette période. Il permet de distinguer l'observance parfaite (aucune prise manquée au cours des quatre derniers jours et aucun saut de prise au cours des quatre dernières semaines), l'observance moyenne (patients ayant pris entre 80 % et 99 % des prises au cours des quatre derniers jours ou ayant déclaré avoir modifié les prescriptions au cours des quatre dernières semaines), l'observance faible (patients ayant pris moins de 80 % des doses prescrites ou ayant déclaré avoir partiellement suivi leur traitement au cours des quatre dernières semaines ou ayant interrompu leur traitement plus de deux jours).

Tableau 1
Caractéristiques des formations sanitaires participant à l'enquête, en fonction du niveau de décentralisation de la prise en charge (EVAL – Anrs 12 116/n = 27)

Variables	Total	Niveau central	Niveau provincial	Niveau district	p-valeur ¹
	(n = 27)	(n = 8)	(n = 6)	(n = 13)	
	Effectif ou médiane [IiQ]				
Secteur					
– public	20	8	4	8	0,01
– privé à but lucratif	2	0	2	0	
– confessionnel (privé à but non lucratif)	5	0	0	5	
Taille de l'hôpital – nombre de lits	151 [94 ; 240]	234 [120 ; 300]	164 [37 ; 230]	120 [93 ; 166]	0,19
Niveau d'équipement du laboratoire (score de 0 à 10) ²	8,0 [7,0 ; 9,0]	9,0 [8,2 ; 9,0]	9,0 [8,5 ; 9,0]	7,0 [4,5 ; 8,0]	0,004
Disponibilité d'un appareil à CD4	20	7	6	7	0,06
Personnel soignant affecté à la prise en charge du VIH en nombre d'équivalents temps plein	14 [10 ; 18]	17 [16 ; 21]	13 [10 ; 18]	11 [8 ; 15]	0,018
– nombre total de personnes	3 [2 ; 4]	4 [3 ; 7]	2 [2 ; 4]	3 [2 ; 3]	0,028
– médecins	5 [3 ; 6]	5 [2 ; 6]	5 [2 ; 6]	4 [3 ; 6]	0,99
– infirmiers	3 [2 ; 4]	4 [2 ; 7]	4 [2 ; 4]	2 [1 ; 3]	0,027
– travailleurs sociaux	3 [1 ; 4]	4 [2 ; 5]	2 [1 ; 6]	2 [0 ; 3]	0,45
– personnels non qualifiés					
Ressources humaines qualifiées (médecins, paramédicaux et assistants sociaux) dans l'équipe VIH ³	14	2	4	8	0,485
– intensif en personnel paramédical ⁴	6	3	1	2	
– intensif en médecins et paramédicaux ⁵	7	3	1	3	
– intensif en travailleurs sociaux ⁶					
Nombre de patients traités par ARV – médiane [IiQ]	474 [150 ; 719]	699 [399 ; 2 608]	732 [421 ; 1 166]	150 [83 ; 441]	0,001
Nombre de patients initiant un traitement antirétroviral par mois – médiane [IiQ]	31 [15 ; 51]	50 [34 ; 114]	43 [28 ; 57]	15 [11 ; 28]	0,002
Nombre de patients traités par médecin – médiane [IiQ]	150,0 [61,4 ; 264,7]	210,8 [126,0 ; 513,8]	334,7 [128,9 ; 797,2]	61,4 [34,5 ; 164,3]	0,009
Nombre de patients traités par médecin et personnel paramédical	59,3 [18,7 ; 121,1]	111,8 [52,1 ; 174,3]	111,1 [57,6 ; 175,0]	18,7 [16,2 ; 54,9]	0,001
Présence de soutien psychosocial individualisé par des assistants sociaux (Oui)	16	5	4	7	1,00

IiQ : intervalle interquartile.

¹ Test du chi² ou test de Fisher pour les variables catégorielles, test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

² Le niveau d'équipement du laboratoire a été mesuré à travers la possibilité de réaliser les dix examens biologiques suivants dans le laboratoire de l'hôpital : numération de la formule sanguine (NFS), numération des CD4, transaminases (ALAT/ASAT), cellulés sanguinés, numération des CD4, transaminases, glycémie, créatinémie, amylassémie, test de grossesse, charge virale, triglycérides et cholestérol.

³ Variable construite par classification ascendante hiérarchique, à partir des trois variables suivantes : proportions de médecins, de paramédicaux et d'assistants sociaux dans l'équipe en charge des personnes vivant avec le VIH/sida dans l'hôpital.

⁴ Correspondant à [moyenne (écart-type)] : 15 % (6,6) de médecins ; 46 % (14,8) de paramédicaux ; 18 % (8,9) d'assistants sociaux ; 31 % (8,9) d'autres personnels.

⁵ Correspondant à [moyenne (écart-type)] : 40 % (13,2) de médecins ; 27 % (6,7) de paramédicaux ; 10 % (8,3) d'assistants sociaux ; 28 % (10,9) d'autres personnels.

⁶ Correspondant à [moyenne (écart-type)] : 24 % (4,5) de médecins ; 20 % (12,2) de paramédicaux ; 35 % (5,6) d'assistants sociaux ; 28 % (5,6) d'autres personnels.

district). De façon non surprenante, le niveau d'équipement et la file active (nombre de nouveaux patients par mois initiant un traitement antirétroviral et nombre total de patients sous antirétroviraux suivis dans le centre) étaient significativement plus faibles dans les formations sanitaires de district par rapport à celles du niveau central, de même que la charge de travail par médecin (nombre de patients traités/médecin) et le niveau d'équipement. Il est également intéressant de noter que la charge de travail par médecin était plus élevée dans les formations sanitaires de niveau provincial que dans celles du niveau central, bien que cette différence ne soit pas significative au seuil de 5 %.

Parmi les 3 488 patients tirés au sort pour participer à l'enquête auxquels l'enquête a été proposée, 3 170 (91 %) ont accepté d'y participer et 3 151 ont répondu au questionnaire dans son intégralité (taux de réponse = 90 %). Parmi les répondants, 2 466 (78,3 %) étaient traités par antirétroviraux au moment de l'enquête, dont 1 985 (63 %) depuis plus de six mois. Parmi les patients non traités, seuls 180 (5,7 % de l'échantillon total) présentaient les caractéristiques cliniques et immunologiques les rendant éligibles au traitement, selon les protocoles nationaux de prise en charge du VIH en vigueur au Cameroun (voir Chapitre 5).

Le *tableau 2* présente les principales caractéristiques socio-démographiques, économiques et cliniques des patients sous antirétroviraux, selon le niveau de décentralisation de la formation sanitaire où ils étaient suivis au moment de l'enquête. Les personnes vivant avec le VIH/sida ayant participé à l'enquête étaient en majorité des femmes (70,8 %). Cette proportion élevée s'explique d'une part par la réalité épidémiologique de l'épidémie au Cameroun, plus de 60 % de ces personnes sont des femmes [29] et, d'autre part, par une couverture en antirétroviraux plus élevée dans la population féminine [27].

Le statut socio-économique des patients sous antirétroviraux suivis dans les services de district était moins élevé que celui des patients suivis dans les services des niveaux central et provincial et les dépenses de santé mensuelles à la charge des patients étaient significativement plus faibles pour les patients pris en charge au niveau des districts (*tableau 2*). Les analyses descriptives montrent également que la part du revenu du ménage consacré aux soins pour le VIH, ainsi que la proportion de ménages faisant face à des dépenses « catastrophiques », c'est-à-dire représentant plus de 20 % du revenu, n'étaient pas significativement différents selon les niveaux de prise en charge, et ce même si les revenus des ménages étaient significativement plus faibles chez les patients suivis dans les formations sanitaires du niveau provincial et de district.

Par ailleurs, l'observance au traitement était meilleure chez les patients suivis dans les hôpitaux de districts et provinciaux comparés aux patients suivis au niveau central. De même, une plus faible proportion de patients suivis dans les services de district déclarait avoir interrompu le traitement plus de deux jours au cours des quatre dernières semaines. Le degré de satisfaction des patients par rapport à la qualité de la prise en charge (incluant le temps d'attente pour la consultation) était également significativement meilleur chez les patients suivis au niveau des districts ou au niveau provincial. Enfin, le délai écoulé entre le diagnostic d'infection par le VIH et la première consultation de prise en charge pour le VIH était significativement plus court chez les patients suivis dans les services des districts, et le taux de CD4, à l'initiation du traitement, légèrement mais significativement plus élevé, suggérant une entrée plus précoce dans les

Tableau 2
Caractéristiques des patients traités par antirétroviraux (ARV), en fonction du niveau de décentralisation de la prise en charge (EVAL – Anrs 12 116/n = 2 466)

	Total (n = 2 466)	Central (n = 867)	Provincial (n = 849)	District (n = 750)	p-valeur ¹
	Nombre de patients (%), moyenne (écart type) ou médiane [IIC]				
Femmes	70,8 %	70,4 %	71,8 %	70,1 %	0,71
Âge – années	36,8 [31,5 ; 44,3]	37,0 [31,5 ; 45,5]	37,9 [31,7 ; 44,6]	36,3 [31,0 ; 43,8]	0,06
En couple (mariage ou union libre) (oui)	46,7 %	52,9 %	43,0 %	43,7 %	< 0,001
Niveau d'études					
– primaire	44,2 %	25,7 %	48,0 %	61,5 %	< 0,001
– secondaire	48,3 %	63,7 %	44,7 %	34,2 %	
– universitaire	7,5 %	10,6 %	7,3 %	4,3 %	
Activité professionnelle					
– aucune	28,8 %	37,5 %	23,8 %	24,0 %	< 0,001
– cadres supérieurs ou moyens/officiers	11,1 %	12,8 %	12,4 %	7,7 %	
– agriculteurs	18,0 %	6,6 %	17,6 %	31,9 %	
– employés et ouvriers	18,8 %	20,0 %	19,7 %	16,5 %	
– commerçants, artisans	23,3 %	23,1 %	26,5 %	19,9 %	
Secteur d'activité					
– informel	52,1 %	40,7 %	54,5 %	61,9 %	< 0,001
– formel	19,7 %	22,4 %	21,7 %	14,5 %	
– aucun	28,2 %	36,9 %	23,3 %	23,6 %	
Revenus mensuels du ménage/adulte [$\times 10^3$ FCFA]*	10,0 [5,7 ; 20,0]	13,8 [8,2 ; 26,7]	10,0 [5,2 ; 17,5]	7,3 [4,3 ; 13,6]	< 0,001
Vit sous le seuil de pauvreté	74,7 %	64,7 %	76,9 %	83,9 %	< 0,001
Délai depuis le diagnostic du VIH – mois	22,7 [12,1 ; 41,0]	23,9 [11,8 ; 41,4]	25,7 [13,9 ; 45,4]	19,2 [10,4 ; 33,5]	< 0,001
Délai depuis l'initiation du traitement ARV – mois	15,7 [7,2 ; 28,3]	14,4 [5,9 ; 27,1]	19,3 [9,0 ; 33,5]	13,3 [7,1 ; 24,3]	< 0,001
Traitement ARV					
– néviparine/3TC/D4T (Triomune [®])	72,0 %	52,1 %	79,9 %	85,6 %	< 0,001
– D4T/3TC/éfavirenz	13,8 %	26,0 %	7,3 %	7,1 %	
– AZT/3TC/éfavirenz	10,1 %	14,0 %	10,7 %	5,1 %	
– AZT/3TC/néviparine	3,2 %	6,6 %	0,9 %	1,9 %	
– Inhibiteur de protéase + 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse	0,9 %	1,3 %	1,2 %	0,3 %	

Tableau 2 (fin)
Caractéristiques des patients traités par antirétroviraux (ARV), en fonction du niveau de décentralisation de la prise en charge (EVAL – Anrs 12 116/n = 2 466)

	Total (n = 2 466)	Central (n = 867)	Provincial (n = 849)	District (n = 750)	p-valeur ¹
	Nombre de patients (%), moyenne (écart type) ou médiane [IIQ]				
Taux de CD4 au moment de l'enquête (n = 2 298)					
- ≤ 200	23,7 %	25,4 %	23,3 %	22,4 %	0,12
- > 200 et ≤ 350	31,9 %	31,9 %	32,3 %	31,4 %	
- > 350 et ≤ 500	23,9 %	24,6 %	24,8 %	22,1 %	
- > 500	20,5 %	18,1 %	19,6 %	24,0 %	
Observance aux ARV au cours des quatre semaines					
- faible	9,0 %	9,4 %	8,7 %	8,8 %	< 0,001
- moyenne	36,5 %	45,7 %	33,7 %	29,2 %	
- élevée	54,5 %	44,9 %	57,6 %	62,0 %	
A rencontré des ruptures en ARV dans le service VIH au cours des trois mois	10,7 %	13,6 %	11,9 %	4,4 %	< 0,001
Dépenses de santé mensuelles – ×10 ³ FCFA*	11,5 (19,7)	16,2 (27,4)	9,8 (14,8)	8,1 (10,8)	< 0,001
% dépenses de santé dans le revenu du ménage	17,0 [8,0 ; 36,0]	15,8 [7,7 ; 35,5]	16,6 [7,5 ; 37,5]	18,5 [8,8 ; 36,0]	0,20
Dépenses de santé catastrophiques ³	44,4 %	42,2 %	44,2 %	47,2 %	0,13
Délai entre le diagnostic et la 1 ^{re} consultation					
- < 1 mois	57,9 %	55,9 %	56,2 %	62,4 %	0,001
- 1 à 6 mois	27,5 %	26,9 %	26,7 %	27,3 %	
- > 6 mois	14,6 %	17,2 %	17,1 %	10,3 %	
Taux de CD4 à la mise sous traitement (n = 2 062)	124 [54 ; 195]	121 [53 ; 181]	127 [49 ; 198]	138 [59 ; 207]	0,012
A changé de centre depuis la mise sous traitement	13,5 %	12,5 %	11,0 %	17,7 %	< 0,001
Appréciation du degré d'écoute et d'attention du personnel (forte ou très forte)	88,8 %	76,7 %	92,5 %	98,5 %	< 0,001
Temps d'attente pour une consultation < 1 heure	72,8 %	44,2 %	82,9 %	94,5 %	< 0,001

IIQ = intervalle interquartile.

¹ Test du chi² ou test de Fisher pour les variables catégorielles, test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

² Revenu par équivalent adulte < 20 000 FCFA/mois ; le nombre de personnes dans le ménage a été calculé comme le nombre d'adultes + 0,5* nombre d'enfants.

³ Selon la définition de l'OMS, les dépenses de santé représentant plus de 20 % du revenu du ménage sont considérées comme catastrophiques.

* 1 euro = 655,957 FCFA.

soins chez ces patients. Par ailleurs, il est intéressant de noter que les traitements de première ligne contenant de l'éfavirenz étaient plus souvent prescrits dans les centres de traitement agréés de Douala et de Yaoundé, probablement en raison du taux élevé de co-infection par le VIH et la tuberculose dans ces zones (taux de co-infection estimé entre 36 et 43 %) [41]. À l'inverse, la Trionime® (névirapine/stavudine/lamivudine), qui était le traitement le moins cher au moment de l'enquête, était prescrite en priorité dans les unités de prise en charge où le taux de co-infection par le VIH/tuberculose était plus faible.

La comparaison entre les patients traités depuis moins de six mois ($n = 481$) et les patients traités depuis plus de six mois ($n = 1\ 985$) a montré, de façon non surprenante, que les premiers avaient eu connaissance plus récemment de leur infection au VIH (médiane = 7,0 mois [IIQ = 5,0-17,8], contre 26,3 mois [15,6-45,1]), présentaient une durée de traitement plus courte (médiane = 3,9 mois [IIQ = 2,4-5,0], contre 20,2 mois [11,6-32,1]) et étaient plus nombreux à avoir un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ au moment de l'enquête (31,2 %, contre 19,9 %, $p < 0,001$), en raison de leur initiation récente au traitement. En revanche, aucune différence significative n'a été relevée entre ces deux groupes pour les autres variables décrites dans le *tableau 2*.

Les résultats des analyses univariées et multivariées menées sur le sous-échantillon des patients traités depuis plus de six mois sont présentés dans les *tableaux 3* et *4*. Pour les analyses sur le gain mensuel moyen en CD4, la population d'étude est limitée aux 1 547 patients (soit 78 % des patients traités depuis plus de six mois) pour lesquels, à la fois, les données sur le taux de CD4 à l'initiation du traitement et au moment de l'enquête étaient disponibles (soit $n = 1\ 656$ pour le taux de CD4 à l'initiation et $n = 1\ 856$ pour le taux de CD4 au moment de l'enquête). La comparaison des principales caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients exclus de l'analyse avec celles des patients du sous-échantillon d'analyse n'a montré aucune différence significative entre les deux groupes. Le taux de CD4 médian [IIQ] dans la sous-population d'étude était de 123 [52 ; 192] au moment de l'initiation du traitement. Après ajustement sur les facteurs indépendamment associés au taux de CD4, le gain mensuel moyen en CD4 n'était pas significativement différent chez les patients suivis dans les services de district, comparés à ceux suivis dans les services du niveau central. Par contre, les résultats ont mis en évidence un gain mensuel moyen en CD4 significativement moindre chez les patients suivis dans les hôpitaux provinciaux.

Par ailleurs, en analyse multivariée, l'observance au traitement était toujours supérieure chez les patients suivis respectivement dans les hôpitaux de districts et dans les hôpitaux provinciaux, comparés aux patients suivis dans les services centraux.

Enfin, les modèles sur la qualité de vie montrent que la qualité de vie physique est identique chez les patients suivis dans les hôpitaux de district, comparés aux patients suivis dans les services centraux, alors que la qualité de vie mentale est significativement meilleure chez les patients suivis dans les services de district, par rapport à ceux suivis dans les services centraux.

Discussion

Au cours des dernières années, la question de l'impact sur le système de santé des programmes de passage à l'échelle orientée sur une pathologie particulière,

Tableau 3
Facteurs associés au gain mensuel en CD4 (modèle multi-niveaux linéaire) et à l'observance (modèle multi-niveaux logistique) chez les patients traités depuis plus de six mois au Cameroun (EVAL – Anrs 12 116)

	Gain moyen mensuel en CD4 (n = 1 547)				Observance parfaite (n = 1 985)			
	Analyse univariée ¹		Analyse multivariée		Analyse univariée ¹		Analyse multivariée	
	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p
Niveau de décentralisation de la prise en charge								
– CTA de Yaoundé & Douala (ref)	-0,21 (-0,49 ; 0,08)	0,156	-0,27 (-0,49 ; -0,04)	0,020	2,35 (1,13 ; 4,89)	0,022	2,19 (1,03 ; 4,68)	0,042
– CTA provinciaux	0,01 (-0,24 ; 0,25)	0,967	-0,14 (-0,35 ; 0,07)	0,191	2,41 (1,29 ; 4,49)	0,006	1,97 (1,03 ; 3,77)	0,039
– UPEC (de district)								
Genre								
– femmes (ref)								
– hommes	-0,22 (-0,32 ; -0,11)	0,000	-0,22 (-0,32 ; -0,12)	0,000	1,18 (0,96 ; 1,45)	0,113	1,29 (1,04 ; 1,61)	0,020
Âge – années	-0,01 (-0,02 ; -0,01)	0,000	-0,004 (-0,01 ; 0,00)	0,116	1,01 (0,99 ; 1,02)	0,108		
Lieu de résidence								
– urbain ou semi-urbain (ref)								
– rural	0,15 (0,03 ; 0,28)	0,018	0,13 (0,01 ; 0,25)	0,033		NS		
Niveau d'éducation								
– primaire (ref)								
– secondaire	-0,15 (-0,25 ; -0,04)	0,006			0,80 (0,65 ; 0,98)	0,036		
– universitaire	-0,31 (-0,51 ; -0,11)	0,002			0,85 (0,59 ; 1,24)	0,406		
Revenu mensuel moyen du ménage/adulte ($\log_{10} \times 10^8$ FCFA)*	-0,09 (-0,19 ; 0,02)	0,104			1,14 (0,93 ; 1,39)	0,200		
"Binge drinking"								
– non (ref)		NS						
– oui					0,38 (0,27 ; 0,54)	0,000	0,36 (0,25 ; 0,51)	0,000
Prend au moins deux repas journalier								
– non (ref)								
– oui	0,15 (0,02 ; 0,29)	0,028	0,14 (0,01 ; 0,27)	0,034	1,75 (1,35 ; 2,26)	0,000	1,70 (1,31 ; 2,21)	0,000
Nombre total d'effets secondaires rapportés au cours des quatre dernières semaines								
– non (ref)								
– 1 à 3	-0,03 (-0,06 ; -0,00)	0,023	-0,03 (-0,05 ; -0,00)	0,038	0,97 (0,94 ; 0,99)	0,004		

Tableau 3 (fin)
Facteurs associés au gain mensuel moyen en CD4 (modèle multi-niveaux linéaire) et à l'observance (modèle multi-niveaux logistique) chez les patients traités depuis plus de six mois au Cameroun (EVAL – Anrs 12 116)

	Gain moyen mensuel en CD4 (n = 1 547)				Observance parfaite (n = 1 985)			
	Analyse univariée ¹		Analyse multivariée		Analyse univariée ¹		Analyse multivariée	
	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p
Sentiment d'écoute et d'attention du personnel								
– faible à modéré (ref)		NS						
– fort à très fort					1,81 (1,30 ; 2,51)	0,000	1,77 (1,26 ; 2,47)	0,001
Expérience de ruptures en ARV dans l'hôpital au cours des trois derniers mois								
– oui (ref)	0,22 (0,06 ; 0,38)	0,006	0,14 (– 0,00 ; 0,29)	0,057	1,40 (1,04 ; 1,89)	0,028		
– non								
Recours à la médecine traditionnelle au cours des six derniers mois		NS			0,60 (0,43 ; 0,85)	0,004	0,67 (0,47 ; 0,94)	0,021
Délai depuis le diagnostic VIH – mois	– 0,01 (– 0,01 ; – 0,01)	0,000	– 0,01 (– 0,01 ; – 0,01)	0,000	0,99 (0,99 ; 1,00)	0,070		
Observance aux ARV au cours des 4 dernières semaines								
– faible (ref)	0,15 (– 0,03 ; 0,34)	0,106	0,14 (– 0,07 ; 0,35)	0,181	NA		NA	
– moyenne	0,18 (0,00 ; 0,36)	0,047	0,21 (0,01 ; 0,41)	0,042				
– élevée								
Traitement avec Triomune®	0,13 (0,01 ; 0,25)	0,034	0,14 (0,02 ; 0,25)	0,018	0,86 (0,68 ; 1,08)	0,191		
Non-naïf de traitement ARV au moment de l'initiation	– 0,36 (– 0,50 ; – 0,23)	0,000	– 0,24 (– 0,36 ; – 0,11)	0,000	0,84 (0,64 ; 1,08)	0,181		
Dernière mesure du taux de CD4	NA		NA		1,00 (0,99 ; 1,00)	0,169		
Taux de CD4 à l'initiation	– 0,00 (– 0,00 ; – 0,00)	0,000	– 0,002 (– 0,00 ; – 0,00)	0,000		NS		
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois		NS			0,74 (0,55 ; 0,99)	0,049		
Indice de masse corporelle (IMC)								
– maigre (IMC ≤ 18,5)	– 0,23 (– 0,53 ; 0,07)	0,133			0,52 (0,29 ; 0,94)	0,029	0,53 (0,29 ; 0,96)	0,037
– normal (18,5 < IMC ≤ 25) (ref)								
– surpoids (25 < IMC ≤ 30)	– 0,06 (– 0,18 ; 0,05)	0,297			0,59 (0,32 ; 1,11)	0,103	0,60 (0,32 ; 1,13)	0,112
– obèse (IMC > 30)	0,06 (– 0,12 ; 0,25)	0,495			0,44 (0,23 ; 0,87)	0,018	0,45 (0,23 ; 0,90)	0,025

IC = intervalle de confiance ; NA = non applicable.

¹ NS = p > 0,2 en analyse univariée. Ces variables n'ont pas été incluses dans le modèle multivarié de la variable dépendante correspondante.

* 1 euro = 655,957 FCFA.

Tableau 4
Facteurs associés à la qualité de vie (QdV) physique et mentale chez les patients traités par antirétroviraux (ARV) depuis plus de six mois au Cameroun (EVAL – Anrs 12 116). Modèles multi-niveaux linéaires (n = 1 985)

	QdV physique			QdV mentale			
	Analyse univariée ¹		p	Analyse univariée ¹		p	
	Coeff (IC 95 %)	Coeff (IC 95 %)		Coeff (IC 95 %)	Coeff (IC 95 %)		
Constante		1,55 (1,25 ; 1,86)	0,000			- 0,61 (- 1,13 ; - 0,10) 0,002	
Niveau de décentralisation de la prise en charge							
- CTA de Yaoundé & Douala (ref)	0,06 (- 0,28 ; 0,41)	0,729	0,27 (0,02 ; 0,52)	0,033	0,16 (- 0,25 ; 0,57)	0,435	0,24 (- 0,11 ; 0,60) 0,183
- CTA provinciaux	0,05 (- 0,24 ; 0,35)	0,727	0,22 (- 0,08 ; 0,51)	0,154	0,23 (- 0,12 ; 0,58)	0,199	0,67 (0,26 ; 1,09) 0,001
- UPEC (de district)							
Genre féminin	0,08 (- 0,01 ; 0,17)	0,081	0,13 (0,05 ; 0,22)	0,001	- 0,16 (- 0,26 ; - 0,07)	0,001	
Âge – années	- 0,02 (- 0,02 ; - 0,01)	0,000	- 0,01 (- 0,02 ; - 0,01)	0,000	0,01 (0,00 ; 0,01)	0,003	0,005 (0,001 ; 0,009) 0,019
Être le chef de ménage	- 0,09 (- 0,17 ; - 0,01)	0,036			0,04 (- 0,04 ; 0,13)	0,328	
Niveau d'éducation							
- primaire (ref)							
- secondaire	0,11 (0,02 ; 0,20)	0,014	0,06 (- 0,01 ; 0,15)	0,114	0,05 (- 0,04 ; 0,14)	0,298	
- universitaire	0,18 (0,15 ; 0,34)	0,032	0,16 (0,01 ; 0,31)	0,037	0,05 (- 0,12 ; 0,21)	0,582	
Statut matrimonial							
- célibataire, divorcé ou veuf (ref)							
- marié	0,05 (- 0,05 ; 0,15)	0,344			0,15 (0,05 ; 0,26)	0,004	
- concubinage	0,06 (- 0,05 ; 0,16)	0,277			- 0,03 (- 0,13 ; 0,08)	0,621	
Milieu de résidence							
- urbain (ref)							
- semi-urbain	0,10 (- 0,06 ; 0,25)	0,213			- 0,15 (- 0,30 ; 0,01)	0,068	- 0,19 (- 0,34 ; - 0,04) 0,011
- rural	- 0,05 (- 0,16 ; 0,06)	0,374			- 0,05 (- 0,17 ; 0,07)	0,399	- 0,09 (- 0,20 ; 0,01) 0,091
Nombre d'enfants biologiques	- 0,02 (- 0,04 ; - 0,01)	0,007			0,01 (- 0,01 ; 0,03)	0,215	
Être propriétaire	- 0,01 (- 0,09 ; 0,07)	0,810			0,18 (0,09 ; 0,26)	0,001	0,14 (0,05 ; 0,22) 0,001

Tableau 4 (suite)
Facteurs associés à la qualité de vie (QdV) physique et mentale chez les patients traités par antirétroviraux (ARV) depuis plus de six mois au Cameroun (EVAL – Anrs 12 116), Modèles multi-niveaux linéaires (n = 1 985)

	QdV physique				QdV mentale			
	Analyse univariée ¹		Analyse multivariée		Analyse univariée ¹		Analyse multivariée	
	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p
Confort du logement ²	0,19 (0,07 ; 0,31)	0,002			0,22 (0,10 ; 0,35)	0,001		
Possession d'un véhicule (voiture, scooter ou vélo) dans le ménage	0,07 (-0,03 ; 0,17)	0,170			0,15 (0,04 ; 0,25)	0,005		
Difficultés financières pour le paiement du suivi de l'infection à VIH les 3 derniers mois	-0,22 (-0,34 ; -0,09)	0,001	-0,11 (-0,22 ; -0,002)	0,045	-0,38 (-0,50 ; -0,25)	0,000	-0,25 (-0,37 ; -0,13)	0,000
Vit en dessous du seuil de pauvreté ³	-0,14 (-0,24 ; -0,05)	0,003	-0,09 (-0,18 ; -0,001)	0,047	-0,16 (-0,26 ; -0,06)	0,002	-0,11 (-0,21 ; -0,01)	0,023
Prend au moins deux repas par jour								
- non (ref)								
- oui	0,28 (0,17 ; 0,39)	0,000			0,50 (0,39 ; 0,62)	0,000	0,33 (0,22 ; 0,44)	0,000
Temps de transport à l'hôpital								
- moins d'une heure (ref)								
- une heure et plus	-0,14 (-0,23 ; -0,04)	0,005			-0,06 (-0,15 ; 0,04)	0,258		
Consommation de tabac								
- jamais (ref)								
- fréquemment ou occasionnellement	-0,02 (-0,19 ; 0,23)	0,875			-0,21 (-0,43 ; 0,00)	0,051		
Délai depuis l'initiation du traitement ARV – mois								
- moins de 6 mois (ref)								
- 6 à 12 mois	-0,00 (-0,00 ; 0,00)	0,665			-0,00 (-0,00 ; 0,00)	0,884		
Indice de masse corporelle (IMC)								
- maigre (IMC ≤ 18,5)	-0,58 (-0,83 ; -0,33)	0,000	-0,33 (-0,55 ; -0,11)	0,003	-0,17 (-0,43 ; 0,09)	0,197	-0,01 (-0,25 ; 0,23)	0,938
- normal (18,5 < IMC ≤ 25) (ref)								
- surpoids (BMI > 25)	0,10 (0,01 ; 0,19)	0,034	0,06 (-0,02 ; 0,14)	0,119	0,14 (0,04 ; 0,23)	0,004	0,09 (0,005 ; 0,18)	0,039

Tableau 4 (suite)
Facteurs associés à la qualité de vie (QdV) physique et mentale chez les patients traités par antirétroviraux (ARV) depuis plus de six mois au Cameroun (EVAL – Anrs 12 116), Modèles multi-niveaux linéaires (n = 1 985)

	QdV physique				QdV mentale			
	Analyse univariée ¹		Analyse multivariée		Analyse univariée ¹		Analyse multivariée	
	Coef (IC 95 %)	p	Coef (IC 95 %)	p	Coef (IC 95 %)	p	Coef (IC 95 %)	p
Traitement par Bactrim	-0,08 (-0,17 ; 0,00)	0,062			-0,09 (-0,18 ; 0,00)	0,052		
Traitement pour la tuberculose	-0,42 (-0,67 ; -0,16)	0,001			-0,00 (-0,26 ; 0,26)	0,986		
Traitement par Triomune®	0,07 (-0,03 ; 0,17)	0,145			0,03 (-0,07 ; 0,13)	0,551		
Interruption de plus de 2 jours du traitement ARV au cours des 4 dernières semaines	-0,20 (-0,32 ; -0,08)	0,001			-0,14 (-0,27 ; -0,02)	0,026		
Taux de CD4 < 100/mm ³ au moment de l'enquête	-0,32 (-0,48 ; -0,16)	0,000	-0,16 (-0,30 ; -0,01)	0,030	-0,22 (-0,39 ; -0,05)	0,010		
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	-0,40 (-0,53 ; -0,27)	0,000	-0,17 (-0,28 ; -0,05)	0,005	-0,28 (-0,42 ; -0,15)	0,000		
Stade clinique C (classification CDC)	-0,20 (-0,29 ; -0,10)	0,000	-0,11 (-0,19 ; -0,03)	0,008	-0,01 (-0,11 ; 0,08)	0,790		
Nombre total d'effets secondaires rapportés au cours des 4 dernières semaines	-0,10 (-0,11 ; -0,10)	0,000	-0,10 (-0,11 ; -0,09)	0,000	-0,07 (-0,08 ; -0,06)	0,000	-0,06 (-0,07 ; -0,05)	0,000
Fort soutien moral du partenaire ou de la famille	0,15 (0,05 ; 0,24)	0,002			0,24 (0,14 ; 0,33)	0,000	0,15 (0,06 ; 0,24)	0,001
A vécu des expériences de rejets ou d'antipathie au moment de la révélation de son statut séropositif – non ou non concerné (n'a pas révélé) (ref)								
– oui	-0,26 (-0,42 ; -0,11)	0,001			-0,26 (-0,42 ; -0,10)	0,001		

Tableau 4 (fin)
Facteurs associés à la qualité de vie (QdV) physique et mentale chez les patients traités par antirétroviraux (ARV) depuis plus de six mois au Cameroun (EVAL – Anrs 12 116), Modèles multi-niveaux linéaires (n = 1 985)

	QdV physique						QdV mentale					
	Analyse univariée ¹			Analyse multivariée			Analyse univariée ¹			Analyse multivariée		
	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p	Coeff (IC 95 %)	p
Équipement technique – score de 0 à 8 ⁴	0,07 (– 0,01 ; 0,14)	0,097			– 0,03 (– 0,12 ; 0,07)	0,615						
Capacité du laboratoire – score de 0 à 10 ⁵	0,05 (– 0,01 ; 0,11)	0,125			– 0,003 (– 0,08 ; 0,07)	0,936						
Nombre de patients par médecin et infirmier	– 0,06 (– 0,20 ; 0,09)	0,422	0,41 (– 0,06 ; 0,88)	0,088	0,09 (– 0,09 ; 0,27)	0,310	0,82 (0,16 ; 1,48)	0,015				
Nombre de patients par médecin et infirmier au carré			– 0,12 (– 0,25 ; 0,02)	0,095			– 0,17 (– 0,36 ; 0,03)	0,092				
Ressources humaines de l'équipe VIH ⁶												
– intensif en personnel paramédical	– 0,36 (– 0,65 ; – 0,07)	0,014	– 0,45 (– 0,70 ; – 0,20)	0,000	– 0,07 (– 0,46 ; 0,32)	0,718						
– intensif en médecins et paramédicaux (ref)												
– intensif en assistants sociaux	– 0,29 (– 0,62 ; 0,04)	0,083	– 0,34 (– 0,60 ; – 0,07)	0,012	– 0,13 (– 0,57 ; 0,32)	0,577						
Implication d'associations de PVVS dans les activités de l'hôpital	0,07 (– 0,22 ; 0,36)	0,625			0,22 (– 0,12 ; 0,56)	0,203						
Présence de soutien psychosocial individualisé par des assistants sociaux	0,01 (– 0,24 ; 0,27)	0,922			0,29 (0,00 ; 0,58)	0,046	0,29 (0,02 ; 0,56)	0,037				

IC = Intervalle de confiance ; PVVS = personnes vivant avec le VIH/sida.

¹ NS = p > 0,2 en analyse univariée. Ces variables n'ont pas été incluses dans le modèle multivarié de la variable dépendante correspondante.

² Le confort du logement a été défini comme : l'utilisation de l'eau du robinet ou de l'eau en bouteille comme source d'eau potable, la possession d'un réfrigérateur et d'une salle de bain ou de toilettes avec chasse d'eau dans le logement.

³ Revenu par équivalent adulte < 20 000 FCFA/mois ; le nombre de personnes dans le ménage a été calculé comme le nombre d'adultes + 0,5* nombre d'enfants.

⁴ L'équipement technique de l'hôpital est évalué par la disponibilité dans l'hôpital des huit équipements fonctionnels suivants : électrocardiographie, échographie, radiologie, réfrigérateur dans le laboratoire, électricité 24h/24, microscope, appareil à CD4 et appareil à hématologie.

⁵ La capacité du laboratoire est évaluée par la disponibilité dans l'hôpital des dix examens biologiques suivants : numération de la formule sanguine (NFS), numération des CD4, transaminases, taux de glycémie, créatinémie, amyloasémie, test de grossesse, charge virale, triglycérides et cholestérol.

⁶ Variable construite par classification ascendante hiérarchique (CAH), à partir des trois variables suivantes : proportion de médecins, proportion de paramédicaux et proportion d'assistants sociaux dans l'équipe en charge des PVVS dans l'hôpital.

telle l'infection par le VIH/sida, a donné lieu à de nombreuses controverses. Ces programmes, sur lesquels se sont concentrées les initiatives globales de santé telles que le Fonds mondial ont en effet absorbé la plus grande part de l'aide internationale allouée à la santé depuis le début du nouveau millénaire [1, 13, 16, 29, 34, 46]. Des études préliminaires récentes conduites dans les districts de santé en Éthiopie, au Malawi et en Zambie ont montré que le passage à l'échelle de la prise en charge du VIH/sida s'accompagnait d'un ensemble d'effets assez complexes, à la fois positifs et négatifs, sur les autres services de santé et sur le système de santé en général³. Le fait que les programmes ciblés sur le VIH puissent être moins efficaces dans la délivrance des services de santé que les programmes intégrés constitue une réelle préoccupation. Une autre préoccupation porte sur la question de l'équité dans l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida, le risque étant que l'accès aux soins soit limité aux populations des zones urbaines les plus développées et/ou aux groupes les plus favorisées [6, 7, 18].

L'évaluation du programme national d'accès aux antirétroviraux mené au Cameroun suggère que ces risques peuvent être surmontés, au moins en partie, dans la mesure où le passage à l'échelle de l'accès aux antirétroviraux est effectivement décentralisé. En dépit de ressources humaines et techniques plus limitées, d'une délégation des tâches plus systématisée des médecins vers les infirmiers [33] et de protocoles de prise en charge simplifiés, les services de districts (unités de prise en charge) ont fait la preuve d'une aussi bonne, voire d'une meilleure qualité des soins que les services centraux. De tels résultats, qui avaient été mis en évidence jusqu'alors dans le cadre de programmes pilotes ou de petite échelle [36] sont ainsi confirmés à l'échelle d'un programme national de grande envergure au Cameroun. Un essai randomisé de non-infériorité (Essai Stratall – Anrs 12 110), mis en place dans plusieurs hôpitaux de districts de la région du Centre au Cameroun, permettra de confirmer l'efficacité d'une approche de santé publique (voir Chapitre 10). Enfin, nos résultats suggèrent que la plus grande proximité des hôpitaux de district avec les communautés locales permet un recours aux soins plus précoce et facilite l'observance aux traitements chez les patients.

De plus, tout en étant capable de garantir l'équité des soins pour les hommes et les femmes, la décentralisation de la prise en charge au niveau des districts permet clairement d'améliorer l'accès aux traitements pour les populations les plus pauvres et/ou vivant en milieu rural. Au Cameroun, comme dans la plupart des pays africains, les populations les plus pauvres ne semblent pas être davantage exposées au risque d'infection par le VIH que les populations plus aisées [14]. En revanche, il est indéniable que l'impact sur ces populations est plus important. Dans le contexte épidémiologique du Cameroun, où les individus ayant le niveau d'instruction le plus élevé tendent à être plus souvent infectés par le VIH [11], la décentralisation de l'accès au traitement pourrait constituer l'une des seules opportunités pour assurer l'équité dans l'accès aux soins, et éviter que les groupes au capital social le plus élevé s'emparent d'une part disproportionnée des ressources publiques allouées à la santé et à la lutte contre le VIH [31].

Certaines limites de l'enquête EVAL – Anrs 12 116 doivent cependant être reconnues. Bien qu'il s'agisse à notre connaissance d'une des plus importantes

³ Voir Global HIV/AIDS Initiatives Network www.ghinet.org.

conduites à ce jour dans un pays d'Afrique sub-saharienne auprès de patients infectés par le VIH consultant dans des centres de traitement et que, au moment de sa réalisation, plus d'un quart des centres de traitement y aient participé, celle-ci n'est représentative que de six des dix provinces du pays. Parmi les provinces non sélectionnées, trois (Adamoua, Sud et Est) présentaient les plus faibles taux de couverture en antirétroviraux (< 40 %), alors qu'elles avaient un taux de prévalence du VIH plus élevé que certaines des provinces incluses dans l'enquête (*figure 1*). En tout état de cause, les disparités dans la couverture en antirétroviraux entre les différentes provinces du pays restent l'un des principaux défis du programme national d'accès aux antirétroviraux au Cameroun.

Un autre défi auquel ce pays est confronté et qui n'a pas pu être totalement analysé au cours de cette enquête est la proportion de patients perdus de vue (environ 12 %) par les centres de prise en charge après initiation du traitement [27]. Jusqu'à présent, les taux de résistance aux antirétroviraux chez les patients traités en première ligne sont cependant restés relativement faibles au Cameroun [21, 24].

D'autre part, bien qu'un certain nombre de données rétrospectives aient été collectées, la méthodologie transversale de l'étude ne permettait pas une évaluation approfondie de la pérennité à long terme du programme. La question de sa dépendance financière à l'égard de l'aide internationale a déjà été évoquée dans le chapitre 2. De plus, 70 % de l'ensemble des achats en antirétroviraux du pays ont été fournis par des fabricants de génériques (principalement en provenance de l'Inde). Cet état de dépendance élevé, tant du point de vue des financements externes que de l'approvisionnement en médicaments génériques, soulève de fortes incertitudes quant à sa pérennité. Jusqu'à présent, moins de 2 % des patients ayant démarré un traitement de première ligne sont passés à un traitement de seconde ligne plus coûteux, mais cette proportion augmentera de façon inéluctable dans les années à venir.

Enfin, l'objectif principal du projet de recherche EVAL – Anrs 12 116 portait sur l'évaluation de l'efficacité et de l'équité du programme national d'accès aux antirétroviraux et de son apport dans la lutte contre l'épidémie de VIH/sida ; cependant, l'évaluation n'a pas été spécifiquement conçue pour mesurer les conséquences directes et indirectes du programme sur d'autres secteurs du système de santé. Les limites intrinsèques aux données d'observation font que celles-ci ne permettent pas de mesurer l'impact sur le système de santé d'un scénario contrefactuel, c'est-à-dire d'évaluer ce qu'il se serait passé si les ressources des donateurs multilatéraux et bilatéraux ciblées sur l'accès aux antirétroviraux avaient été utilisées différemment.

En dépit de ces limites, les résultats de l'évaluation du programme camerounais suggèrent que celui-ci a aussi bien bénéficié du processus de décentralisation des services de santé qu'induit des synergies positives avec le système de santé. Toutefois, ces effets positifs risquent d'atteindre très prochainement un point critique si des initiatives spécifiques et des changements de politique ne sont pas rapidement mis en œuvre pour limiter sa « verticalisation » [35].

Il est important de rappeler que la politique de décentralisation du système de santé a été initiée au début des années 1990 au Cameroun, dans un contexte de crises économiques répétées, associées à une baisse drastique du revenu moyen et à des modifications dans la structure de la redistribution des richesses, contribuant à augmenter la pauvreté [2]. De plus, la mise en œuvre de

programmes d'ajustement structurel imposés par les institutions internationales a considérablement limité la disponibilité des fonds publics et l'investissement dans les secteurs sociaux tels que la santé et l'éducation. Jusqu'à présent⁴, les dépenses publiques de santé par habitant au Cameroun restent inférieures à 15 dollars par personne et représentent toujours moins d'un tiers (28,0 %) des dépenses totales de santé (5,2 % du PIB). Comme dans la plupart des autres pays d'Afrique, les études empiriques réalisées suggèrent que ce contexte de crise économique a un effet préjudiciable important sur la santé de la population et sur l'accès aux soins, notamment pour les groupes les plus démunis [30], ainsi que sur la qualité des soins délivrés par le système de santé. Une étude a montré, par exemple, que seulement une faible proportion des professionnels de santé avait connaissance des normes internationales et des recommandations pour les soins maternels et infantiles, et qu'une proportion encore plus faible d'entre eux les appliquait dans sa pratique clinique [38].

Les professionnels de santé du secteur public, qui ont également subi de plein fouet les conséquences de la crise, avec des diminutions drastiques de salaires, de primes et d'indemnités, ont développé des « stratégies de survie » afin de maintenir leur pouvoir d'achat, telles que la réalisation d'heures supplémentaires, la vente parallèle de médicaments, la réalisation de consultations privées pendant les heures de travail ou la surfacturation des services [20]. En particulier, ces professionnels exprimaient une insatisfaction professionnelle supérieure à celle de leurs collègues exerçant dans le secteur privé [20]. Dans un tel contexte, la décentralisation peut être assimilée, de fait, à un désengagement de l'État et à de la dérégulation [44], notamment dans le champ de la santé [17].

La mise en œuvre du programme national d'accès aux antirétroviraux à partir de 2001 et sa montée en puissance rapide depuis 2005 ont constitué une opportunité, permettant de remobiliser le secteur de la santé publique, d'élaborer de nouvelles collaborations avec le secteur privé confessionnel et d'apporter des ressources supplémentaires et des équipements techniques au niveau des districts. Néanmoins, les études qualitatives menées parallèlement à l'enquête EVAL – Anrs 12 116 (voir Chapitre 7) semblent indiquer que le succès de l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux suscite une tendance à la recentralisation de la gestion du système de santé pouvant avoir des retombées négatives sur la poursuite de la décentralisation du système de santé. Cela est clairement illustré par la tendance spontanée à établir une chaîne spécifique d'approvisionnement et de distribution des antirétroviraux, contrôlée de façon directe et étroite par les autorités nationales, pouvant avoir, pour conséquence, de retarder la mise en place d'un système efficace d'approvisionnement et de distribution garantissant la disponibilité permanente des médicaments essentiels et consommables médicaux sur le territoire [4]. L'enquête EVAL a également mis en évidence l'insatisfaction persistante, en termes de conditions de travail, des professionnels de santé travaillant dans les services dédiés au VIH, en particulier au niveau central et provincial (voir Chapitre 9). Si des réponses ne sont pas trouvées pour résoudre la crise des ressources humaines dans le secteur de la santé dans son ensemble, cette insatisfaction pourrait attiser les tensions entre professionnels de santé cherchant à s'accaparer les incitations financières liées au VIH et augmenter les écarts de rémunération entre catégories de personnel.

⁴ Voir www.who.int/whosis/

Enfin et surtout, la gratuité des antirétroviraux, introduite au Cameroun en mai 2007, ne pourra pas résoudre toutes les difficultés financières liées à l'accès aux soins [3]. Dans l'échantillon de patients de l'enquête EVAL – Anrs 12 116, les dépenses mensuelles moyennes consacrées aux seuls soins (sans inclure les dépenses en antirétroviraux) s'élevaient à 4 000 FCFA (soit huit dollars) pour les patients traités. En faisant donc une hypothèse de gratuité des antirétroviraux, environ un quart des patients resterait confronté à des dépenses de santé catastrophiques, représentant plus de 20 % du revenu du ménage. Le maintien de la gratuité au point de la délivrance des services et la possible extension de celle-ci à d'autres aspects de la prise en charge du VIH/sida vont nécessairement impliquer le renforcement des financements publics basés sur l'imposition, ainsi que le développement de mécanismes assurantiels de partage des risques [9]⁵. Afin d'assurer la faisabilité politique et l'équité dans l'accès aux soins pour des populations affectées par d'autres maladies, les réformes du système de financement devront également permettre de réduire significativement les dépenses de santé à la charge des patients (estimées actuellement à 80 %), pour l'ensemble de la population. La question du financement de la prise en charge du VIH/sida se posera par ailleurs avec encore plus d'acuité dans les toutes prochaines années, avec l'augmentation des besoins en seconde ligne pour les patients en échec de première ligne, ainsi qu'avec l'augmentation des besoins en examens biologiques coûteux tels que la charge virale.

Des politiques publiques fortes et innovantes, ainsi que des réformes ambitieuses du financement de la santé [43] sont plus que jamais nécessaires au Cameroun, afin de poursuivre le développement de synergies positives entre le programme national d'accès au antirétroviraux et le système de santé, et de réduire les risques de remise en cause des bénéfices du processus de décentralisation de l'offre de soins.

Remerciements

Les auteurs remercient l'Anrs, sans laquelle cette recherche n'aurait pas été possible, ainsi que Sidaction, pour son soutien financier à travers l'allocation de bourses de recherche à de jeunes chercheurs.

Les auteurs remercient également le ministère de la Santé publique du Cameroun pour son appui technique, les équipes soignantes des 27 hôpitaux pour leur accueil, leur collaboration active à la réalisation de cette étude et leur investissement dans le projet, ainsi que l'ensemble des patients qui ont accepté de participer à la recherche.

⁵ Depuis 2004, le ministère de la Santé mène, avec un groupe d'experts, une réflexion sur un programme d'assurance maladie universelle [15].

Références bibliographiques

1. Banati P, Moatti JP. The positive contributions of global health initiatives. *Bull WHO* 2008 ; 86 : 820.
2. Baye FM. Growth, Redistribution and Poverty Changes in Cameroon : A Shapley Decomposition Analysis. *J Afr Eco* 2006 ; 15(4) : 543-70.
3. Boyer S, Marcellin F, Ongolo-Zongo P, Abega SC, Nantchouang R, Spire B, Moatti JP. Financial difficulties in accessing HIV care in Yaounde, Cameroon : first results from the national cross-sectional survey. *Bull WHO* 2009 Apr ; 87(4) : 279-87.
4. Camara M, D'Almeida C, Orsi F, Coriat B. Procurement policies, governance models and ARV availability in French-speaking African countries : an overview. In Coriat B, Éd. *The political Economy of HIV/AIDS in developing countries (TRIPS, public health systems and free access)*. Edward Elgar, Cheltenham : UK, 2008 : 225-57.
5. Comité national de lutte contre le VIH/SIDA. *Mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH et le sida, Rapport de progrès N° 3*. Yaoundé, Cameroun, 2007.
6. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goal of 3 by 5. *Lancet* 2005 ; 366 : 169-71.
7. Daniels N, Flores W, Pannarunothai S, *et al*. An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health-sector reform in developing countries. *Bull WHO* 2005 ; 83 : 534-40.
8. Delate T, Coons SJ. The discriminative ability of the 12-item short form health survey (SF-12) in a sample of persons infected with HIV. *Clin Ther* 2000 ; 22(9) : 1112-20.
9. Dussault G, Fournier P, Letourmy A, Eds. *Health care insurance in Francophone Africa. Access to health care and strategies for poverty alleviation* [in French]. World Bank, Eds. Banque Mondiale, Washington DC, USA, 2006.
10. Eboko F, Owona Nguini ME, Enguéléguélé M. Cameroun, Burkina Faso, Botwana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique. *Télescope* printemps-été 2009, 52-67.
11. Fortson JG. The gradient in sub-Saharan Africa : socioeconomic status and HIV/AIDS. *Demography* 2008 ; 45 : 303-22.
12. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, *et al*. Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries : Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 1171-8.
13. Garrett L. The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs*, January/February 2007.
14. Gillespie S, Kadiyala S, Greener R, *et al*. Is poverty or wealth driving HIV transmission ? *AIDS* 2007 ; 21 : S5-S16.
15. GIP Santé & protection sociale (SPSI). *Système de santé et protection sociale au Cameroun*. Paris, 2007.
16. Gostin LO. President's Emergency Plan for AIDS Relief : Health development at the crossroads. *JAMA* 2008 ; 300(17) : 2046-8.
17. Gruenais ME, Éd. *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*. Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement. Bulletin de l'APAD n° 21 : Paris, 2001.
18. Hanefeld J, Spicer N, Brugha R, Walt G. *How have global health initiatives impacted on health equity ?* Health Systems Knowledge Network at : www.wits.ac.za/chpl/.

19. Institut national de la statistique & ORC Macro. *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, USA, 2005.
20. Israr SM, Razum O, Ndiforchu V, Martiny P. Coping strategies of health personnel during economic crisis : A case study from Cameroon. *Trop Med Int Health* 2000 ; 5 : 288-92.
21. Kouanfack C, Montavon C, Laurent C, *et al.* Low levels of HIV resistance to antiretrovirals in routine clinic in Cameroon using the WHO Public Health Approach to monitor antiretroviral treatment. *Clin Infect Dis* 2009 May 1 ; 48(9) : 1318-22.
22. Koulla-Shiro S, Delaporte E. The public health approach to antiretroviral treatment : the case of Cameroon. In : Coriat B, Éd. *The political Economy of HIV/AIDS in developing countries (TRIPS, public health systems and free access)*. Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2008 : 259-71.
23. Laurent C, Kouanfack C, Koulla-Shiro S, Nkoue N, Bourgeois A, Calmy A, *et al.* Effectiveness and safety of a generic fixed-dose combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1-infected adults in Cameroon : open-label multicentre trial. *Lancet* 2004 ; 364 : 29-34.
24. Laurent C, Kouanfack C, Vergne L, *et al.* Antiretroviral drug resistance and routine therapy, Cameroon. *Emerg Infect Dis* 2006 ; 12(6) : 1001-4.
25. Le Moing V, Chêne G, Carrieri MP, *et al.* Clinical, biologic, and behavioral predictors of early immunologic and virologic response in HIV-infected patients initiating protease inhibitors. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 ; 27(4) : 372-6.
26. Ministère de la Santé publique. *Directives nationales de prise en charge des personnes vivant avec le VIH par les antirétroviraux*. Yaoundé, Cameroun, juin 2007.
27. Ministère de la Santé Publique & Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA. *Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des adultes et enfants vivant avec le VIH/Sida au Cameroun* 27. Ministère de la Santé publique. Recommandations nationales pour le traitement antiretroviral des personnes vivant avec le VIH. Yaoundé, Cameroun, septembre 2008.
28. Msellati P, Juillet-Amari A, Prudhomme J, *et al.* Socio-economic and health characteristics of HIV-infected patients seeking care in relation to access to the Drug Access Initiative and to antiretroviral treatment in Côte d'Ivoire. *AIDS* 2003 ; 17 : S63-S68.
29. Oomman N, Bernstein M, Rosenzweig S. *Seizing the Opportunity on AIDS and Health Systems*. Center for Global Development, Washington DC, 2008.
30. Pongou R, Salomon JA, Ezzati M. Health impacts of macroeconomic crises and policies : determinants of variation in childhood malnutrition trends in Cameroon. *Intl J Epidemiol* 2006 ; 35 : 648-56.
31. Preker AS, Langenbrunner JC, Eds. *Spending wisely. Buying health services for the poor*. Washington DC, The World Bank Eds, Washington DC, 2005.
32. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. *Multilevel and Longitudinal Modeling using Stata*. College Station, StataCorp LP, Texas, USA, 2005.
33. Samb B, Celletti F, Holloway J, Van Damme W, De Cock KM, Dybul M. Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 2510-4.
34. Schieber GJ, Gottret P, Fleisher LK, Leive AA. Financing global health : mission unaccomplished. *Health Affairs*, 2007 ; 26 : 921-34.
35. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, *et al.* Improvement of child survival in Mexico : the diagonal approach. *Lancet* 2006 ; 368 : 2017-27.

36. Sieleunou I, Souleymanou M, Schönenberger AM, Menten J, Boelaert M. Determinants of survival in AIDS patients on antiretroviral therapy in a rural centre in the Far-North Province, Cameroon. *Trop Med Int Health* 2009 ; 14(1) : 36-43.
37. Spire B, Duran S, Souville M, Lepout C, Raffi F, Moatti JP. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients : from a predictive to a dynamic approach. *Soc Sci Med* 2002 ; 54(10) : 1481-96.
38. Tita ATN, Selwyn BJ, Waller KD, Kapadia AS, Dongmo S. Evidence-based reproductive health care in Cameroon : population-based study of awareness, use and barriers. *Bull WHO* 2005 ; 83 : 895-903.
39. UNAIDS. *Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Cameroon 2006 update*. UNAIDS, Geneva, 2006.
40. UNAIDS. *2008 Report on the global AIDS epidemic*. UNAIDS, Geneva, 2008.
41. Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. *Le Programme national de lutte contre la tuberculose de la République du Cameroun, Rapport N° 12*. Yaoundé. Programme national de lutte contre la tuberculose 2007, décembre 2007.
42. Van Albada SJ, Robinson PA. Transformation of arbitrary distributions to the normal distribution with application to EEG test-retest reliability. *J Neurosci Methods* 2007 ; 161 : 205-11.
43. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. Doing' health policy analysis : methodological and conceptual reflections and challenges. *Lancet* 2008 ; 371 : 865-9.
44. Werlin H. Linking decentralization and centralization : A critique of the new development administration. *Pub Adm & Devt* 2006 ; 12 : 223-35.
45. World Health Organization. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings : treatment guidelines for a public health approach* (2003 revision). WHO, Geneva, 2004.
46. Yu D, Souteyrand Y, Banda MA, Kaufman J, Perriens JH. Investment in HIV/AIDS programs : Does it help strengthen health systems in developing countries ? *Global Health* 2008 ; 4 : 8-12.

Méthodologie du projet EVAL – Anrs 12 116

Évaluation du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux : impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH

Présentation générale du projet EVAL – Anrs 12 116

Rappel des principaux objectifs du projet

- Impact de l'accès au traitement antirétroviral sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/sida, en tenant compte de leurs caractéristiques médicales, socio-économiques, comportementales et de leur accès au traitement.
- Connaissances, attitudes, croyances et pratiques des professionnels de santé, dans le contexte de changements rapides induits par la mise en œuvre du programme national d'accès au traitement.

Méthodes

Ce projet de recherche opérationnelle allie des méthodes quantitatives et qualitatives.

Volet quantitatif comprenant trois enquêtes :

- une enquête transversale auprès d'un échantillon de patients atteints du VIH et consultant dans les centres de traitement agréés pour la prise en charge du VIH/sida au Cameroun (n = 3 151) ;
- une enquête transversale auprès des personnels (médicaux et non médicaux) chargés de la prise en charge des patients dans les centres de traitement (n = 97 médecins et n = 208 autres personnels soignants) ;
- un recueil de données standardisé sur les caractéristiques des centres de traitement (n = 27).

Volet qualitatif :

des entretiens qualitatifs ont également été menés auprès de soignants et de patients consultant dans les centres de traitement participant au projet, afin de préciser, en amont, les thèmes abordés dans les enquêtes quantitatives et d'apporter, en aval, un éclairage plus approfondi sur certaines thématiques.

Méthodologie du volet quantitatif

Enquête auprès des patients

Une enquête transversale a été conduite entre septembre 2006 et avril 2007 auprès d'un échantillon de 3 151 patients séropositifs au VIH et consultant dans 27 centres de traitements de six provinces du pays (le Centre, le Littoral, le Sud-Ouest, le Nord-Ouest, l'extrême-Nord et l'Ouest).

Ces provinces ont été choisies d'une part, pour représenter au mieux la diversité culturelle et socio-économique du pays et, d'autre part, afin de prendre en compte les contraintes liées aux différentes dynamiques de mise en œuvre du processus de décentralisation de l'accès aux antirétroviraux au niveau des districts de santé. Les provinces où le processus de décentralisation était le plus avancé ont été retenues ; dans les autres provinces, le nombre de formations sanitaires assurant la prise en charge par antirétroviraux et la file active des centres fonctionnels auraient été insuffisants pour conduire l'enquête dans les unités de prise en charge des districts et, ainsi, permettre une comparaison de la prise en charge aux différents niveaux de décentralisation.

Dans chacune des six provinces retenues, les centres de traitement répondant aux critères suivants ont été inclus de façon exhaustive : file active d'au moins 80 patients sous

antirétroviraux et ancienneté dans la prise en charge par antirétroviraux d'au moins six mois pour les unités de prise en charge et un an pour les centres de traitement agréés. Au total, 27 centres de traitement ont participé à l'enquête, dont 14 unités de prise en charge (voir ci-dessous la liste détaillée par province).

Afin de répondre aux objectifs du projet, trois strates ont été définies en fonction du niveau de décentralisation auquel appartient le centre de traitement : centres de traitement du niveau central (centres de traitement agréés de Douala et Yaoundé) ; centres de traitements de niveau provincial (centres de traitement agréés situés dans les villes de chefs lieux de province) ; unités de prise en charge situées dans les districts de santé. Le nombre de patients à inclure dans chaque centre a été fixé de façon proportionnelle à la file active, afin d'atteindre au minimum 1 000 patients dans chacune des strates.

Les critères d'éligibilité à l'enquête étaient les suivants : être âgé d'au moins 21 ans, connaître son statut séropositif au VIH depuis au moins trois mois et être venu en consultation externe pendant la période de l'enquête. Dans chacun des 27 centres de traitement, les patients répondant à ces critères ont été tirés au sort pour participer à l'enquête par les personnels soignants. Les refus ont été enregistrés et les patients acceptant de participer ont signé une lettre de consentement avant de procéder à la collecte de données.

Une fiche d'information médicale était remplie par le personnel recevant les patients en consultation à partir du dossier médical et des informations de la consultation du jour. À la fin de la consultation, les patients étaient dirigés vers un enquêteur, indépendant de l'équipe du centre et formé aux objectifs et aux outils de collecte de l'enquête, afin de répondre à un questionnaire anonyme en face-à-face d'une durée moyenne de 45 minutes. Les entretiens étaient effectués en langue française ou anglaise, en fonction de la zone géographique (provinces francophone ou anglophone) ou, si nécessaire, traduits en langue locale. Enfin, un prélèvement sanguin était effectué au sein du laboratoire de l'hôpital afin de mesurer le taux de CD4 des patients au moment de l'enquête.

Sur 3 488 patients auxquels l'enquête a été proposée, 3 170 (91 %) ont accepté de répondre, et pour 3 151 d'entre eux, les questionnaires ont été entièrement complétés, soit un taux global de réponse à l'enquête de 90 %.

Les données cliniques collectées comprenaient les principales informations relatives aux antécédents médicaux et aux traitements en cours : date de diagnostic du VIH, antécédents d'infections opportunistes classant en stade C, taille et poids au moment de l'enquête, traitement anti-tuberculeux en cours, traitement antirétroviral en cours et, si oui, date de début du traitement, protocole suivi, changements de protocoles thérapeutiques depuis l'initiation du traitement, et taux de CD4 au démarrage du traitement.

Les données collectées par questionnaire en face-à-face étaient regroupées en huit modules couvrant les domaines suivants : principales caractéristiques démographiques et socio-économiques du patient et de son ménage, histoire de la maladie et perception du traitement antirétroviral, observance au traitement, santé perçue et qualité de vie, recours aux soins et dépenses mensuelles de santé, perception de la qualité des services, consommation d'alcool, comportements sexuels, vies professionnelle, sociale et familiale.

Enquête auprès des soignants

Parallèlement à l'enquête auprès des patients, une enquête transversale a été conduite de façon exhaustive auprès des soignants travaillant dans les mêmes centres de traitement que ceux de l'enquête patient.

Avant le démarrage de l'enquête, des réunions ont été organisées avec les professionnels en charge du suivi des patients séropositifs dans le centre afin de leur expliquer les objectifs et les enjeux de la recherche. La participation à l'enquête a été systématiquement proposée à l'ensemble des personnels.

Au total, 97 médecins et 208 autres personnels soignants (infirmiers, aides soignants, assistants sociaux, agents de relais communautaires, commis de pharmacie et autres

personnels non qualifiés participant aux activités du centre de traitement) ont accepté de participer à l'enquête, soit un taux de réponse à l'enquête de 88 %.

Les données ont été collectées par questionnaire anonyme auto-administré dérivé d'instruments d'enquête utilisés précédemment dans des études auprès de professionnels de santé en Afrique. Le questionnaire abordait successivement les domaines suivants : les caractéristiques socio-démographiques ; la formation et l'expérience dans le domaine du VIH ; les conditions de travail ; les pratiques en matière de dépistage et conseils pré et post-test ; les pratiques et connaissances sur la prise en charge du VIH et le traitement par antirétroviraux ; les opinions sur la politique de décentralisation des traitements ; les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida.

Collecte de données sur les caractéristiques des formations sanitaires

Les principales caractéristiques des formations sanitaires et de leurs services de VIH (centres de traitements) ont été recueillies à partir d'un questionnaire standardisé rempli par les superviseurs de l'enquêteur, à partir des statistiques et des rapports d'activité des centres, d'entretiens avec les responsables et d'observations directes.

Les données collectées comprennent : le statut de l'établissement, le nombre de lits, le plateau technique (équipements biomédicaux fonctionnels et capacité du laboratoire), les ressources humaines en charge de la prise en charge des patients séropositifs (effectifs et qualification), le niveau d'activité (file active des patients, nombre de patients ayant démarré un traitement au cours des trois derniers mois, nombre de tests de dépistage), le fonctionnement du service et l'organisation de la prise en charge (horaires d'ouverture, modalités de dispensation des traitements, participation des infirmiers aux consultations de suivi médical, implications d'associations de personnes vivant avec le VIH/sida dans les activités), ainsi que les prix des services et modalités de tarification.

Une enquête pilote avait été réalisée dans le courant du mois de juillet 2006, afin de valider les outils de collecte et d'ajuster la méthodologie en fonction des contraintes des centres.

L'étude EVAL – Anrs 12 116 a par ailleurs reçu les avis de conformités éthique et administrative qu'exige la réglementation camerounaise :

- autorisation éthique délivrée par le comité national d'éthique le 15 novembre 2005 ;
- autorisation administrative de recherche délivrée par le ministère de la Santé publique le 29 novembre 2005.

L'étude a, en outre, reçu l'avis consultatif favorable du groupe de travail Inter-associatif sur la recherche biomédicale au Cameroun.

Hôpitaux participants, directeur de l'établissement, médecin responsable de l'enquête et coordonnateur médical de l'enquête dans l'établissement (Dans le cas où il était différent du médecin responsable) :

Province du centre :

- Hôpital central de Yaoundé : Pr. Biwolé-Sida, Dr. Kouanfack
- Centre hospitalier universitaire de Yaoundé : Pr. Nkam, Dr. Mbuagbaw, Pr. Mbanya
- Hôpital Jamot : Dr. Ayissi, M. Soh, Dr. Abena
- Hôpital général de Yaoundé : M. Nouedoui, Dr. Meli
- Hôpital de district de Mbalmayo : Dr. Amougou, Dr. Ebogo, Dr. Mbarga
- Hôpital de la CNPS Yaoundé : M. Akoulou, Dr. Same

Province du littoral :

- Hôpital provincial de Nkongsamba : Dr. Nankap, Dr. Bechem
- Hôpital St Jean de Malte Njombe : Dr. Hann, Dr. Ngalle, Dr. Ndoumbe
- Hôpital Laquintinie Douala : Dr. Ntone Ntone, Dr. Mbangue
- Hôpital Alucam Edéa : Dr. Montagut
- Hôpital de district Bonassama : Dr. Baonga, Dr. Noutchougouing-Melong
- Hôpital de district Nylon : Dr. Oumarou, Dr. Etogo

Province du Sud-Ouest :

- Hôpital provincial de Limbé : Dr. Kinge, Dr. Akam
- Hôpital provincial Annexe de Buéa : Dr. Chuwanga, Dr. Atanga
- Hôpital de district de Kumba : Dr. Arrey, Mme Nkongho-Ntui

Province de l'Ouest :

- Hôpital provincial de Bafoussam : Dr. Cheumaga, Dr. Sile-Mefo

Province du Nord-Ouest :

- Hôpital de district Nkambe : Dr. Ngomfe-Loma, Mme Ginyu Kwalar
- Hôpital général St Elisabeth Shishong Kumbo : Sœur Ebamu, Dr. Malake Moukete
- Hôpital Mission Catholique St Martin de Porres Njinikom : Sœur Ntenmusi, Dr. Koubitim, M. Yengong
- Polyclinique Mezam Bamenda : Dr. Achu, Dr. Njinjoh
- Hôpital Banso Baptist Kumbo : Sœur Ndzenyuiy, Dr. Rakotomala, M. Kort
- Hôpital de Batibo : Dr. Yumo
- Hôpital provincial Bamenda : Dr. Wefuan, Dr. Arrey
- Hôpital de district Wum : Dr. Laah Njoyo, Mme Tekwe

Province de l'Extrême Nord :

- Hôpital de Petté : Dr. Schonenberger, Dr. Souleymane
- Hôpital provincial Maroua : Dr. Sadjo, Dr. Nguipdop
- Hôpital de Yagoua : Dr. Hamadicko, Dr. Koum



Chapitre 4

Qualité de vie, comportements sexuels à risque et expérience de la maladie chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Cameroun : comparaison entre patients traités et non traités par antirétroviraux dans l'enquête EVAL – Anrs 12 116

Fabienne MARCELLIN, Cécile-Renée BONONO, Jérôme BLANCHE, Maria Patrizia CARRIERI, Bruno SPIRE, Sinata KOULLA-SHIRO et le groupe d'étude EVAL-Cameroun

L'initiation précoce des traitements antirétroviraux s'accompagne d'une diminution du risque de morbidité et de mortalité liées au VIH/sida [2]. Les critères de mise sous ces traitements comprennent à la fois la prise en compte de l'état clinique du patient et celle du taux de CD4, reconnu comme un marqueur de la sévérité de l'immunodépression [31]. La valeur seuil du taux de CD4, en dessous de laquelle le risque de développer des infections opportunistes augmente de façon substantielle, est de 200 cellules/mm³ [2]. Cependant, les études cliniques menées dans les pays du Nord tendent à encourager une initiation des antirétroviraux chez les patients adultes naïfs de traitement, avant que le taux de CD4 ne soit inférieur à 350 cellules/mm³ [19, 26, 40].

Pour ce qui concerne les pays à ressources limitées, où l'accès aux techniques de mesure du taux de CD4 est restreint, l'OMS recommande une approche dite « de santé publique » pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida [47]. Selon cette approche, les paramètres cliniques doivent prévaloir sur les marqueurs immunologiques, lorsqu'il s'agit de décider ou non de débiter un traitement antirétroviral. Lorsqu'il est disponible, le taux de CD4 doit être utilisé comme une information complémentaire permettant de guider la décision finale, avec un seuil qui, jusqu'à la toute récente modification introduite fin 2009 par l'OMS, avait été fixé à 200 cellules/mm³ ou moins. Cette approche proposée par l'OMS est également caractérisée par l'utilisation de combinaisons antirétrovirales standardisées et simplifiées [47]. Ses bénéfices individuels en termes de réponse immuno-virologique sont comparables à ceux de l'approche standard utilisée dans les pays du Nord [22, 36]. Toutefois, l'existence de deux approches distinctes pour la mise sous antirétroviraux, l'une réservée aux pays du Nord, et l'autre aux pays du Sud est critiquable, tant sur le plan éthique [35] qu'en termes de santé publique [16]. De plus, les conséquences de cette dualité n'ont pas encore été évaluées à l'échelle individuelle.

Par ailleurs, bien que l'influence de la santé subjective sur les comportements à risque, y compris les relations sexuelles non protégées, ait été démontrée par un certain nombre d'études [3, 11, 38, 45], elle demeure peu documentée dans le contexte des pays à ressources limitées, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH/sida qui ne sont pas éligibles pour le traitement antirétroviral selon les critères en vigueur.

Dans cette étude, nous avons évalué, pour différents niveaux de CD4, l'effet de ne pas recevoir d'antirétroviraux sur la qualité de vie, les comportements sexuels à risque, les symptômes perçus et la révélation de la séropositivité à l'entourage, dans une population de personnes vivant avec le VIH/sida suivies à l'hôpital au Cameroun en 2007.

Méthodes

Contexte de l'étude

Les recommandations nationales en vigueur au Cameroun pour les hôpitaux centraux [32, 33] préconisent de débiter un traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH/sida :

- ayant atteint le stade du sida (stade C de la classification des Centers for Disease Control – CDC), quel que soit leur taux de CD4 ;
- dont le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³ ;
- présentant un stade clinique B2 (classification des Centers for Disease Control – CDC), un taux de CD4 compris entre 200 et 350 cellules/mm³ et des infections récurrentes.

Dans les structures de soins décentralisées, où l'accès aux techniques de mesure des CD4 est limité, les recommandations nationales préconisent l'utilisation de la classification de l'OMS pour l'évaluation du stade clinique, et celle du taux de lymphocytes totaux pour l'évaluation de l'immunodéficience. Ainsi, le traitement antirétroviral doit être débuté chez les personnes vivant avec le VIH/sida en stade 3 ou 4 de la classification de l'OMS et chez celles en stade 2, ayant un taux de lymphocytes totaux inférieur à 1 200 cellules/mm³.

Patients

Nous avons utilisé les données de l'enquête nationale EVAL – Anrs 12 116, menée entre septembre 2006 et mars 2007 dans 27 hôpitaux camerounais, sur un échantillon de 3 151 personnes vivant avec le VIH/sida, âgées d'au moins 21 ans et diagnostiquées séropositives depuis au moins trois mois. La méthodologie de cette enquête est détaillée dans le chapitre 3.

Variables de réponse

Nous nous sommes intéressés à quatre indicateurs psychosociaux et comportementaux.

Le premier est la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida, évaluée à l'aide du questionnaire MOS SF-12 (12-item Medical Outcomes Study Short Form General Health Survey) [46]. Cette échelle générique, qui a été validée dans le contexte de l'infection à VIH [9], permet le calcul de deux scores globaux, l'un mesurant la qualité de vie physique (PCS – Physical Component Summary),

et l'autre la qualité de vie mentale (MCS – Mental Component Summary), sur la base des réponses des personnes vivant avec le VIH/sida à douze questions concernant leurs perceptions et leurs sentiments au cours des quatre dernières semaines. Ces scores globaux varient de 0 à 100, une valeur élevée dénotant une meilleure qualité de vie.

Nous nous sommes également intéressés aux comportements sexuels à risque au cours des trois derniers mois, définis ici comme une utilisation non systématique du préservatif avec le partenaire principal (séronégatif ou de statut VIH inconnu) ou avec des partenaires occasionnels.

Le troisième indicateur est le nombre de symptômes perçus par les personnes vivant avec le VIH/sida au cours des quatre dernières semaines, parmi une liste de 18 symptômes fondée sur le HIV Symptom Index, développé par Justice et coll [20], qui inclut notamment des symptômes généraux comme la fatigue, les maux de tête et les diarrhées [5].

Enfin, le quatrième indicateur est le nombre de personnes de l'entourage familial ou amical auxquelles les personnes vivant avec le VIH/sida ont révélé leur séropositivité : personne en dehors des soignants, une personne seulement, entre une et cinq personnes, plus de cinq personnes.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, nous avons comparé les principales caractéristiques des personnes vivant avec le VIH/sida traitées par antirétroviraux au moment de l'enquête à celles des non traitées (test du χ^2 ou test de Fisher pour les variables catégorielles, test de Wilcoxon sur la somme des rangs pour les variables continues). Ces caractéristiques étaient les suivantes : genre, âge, délai depuis le diagnostic de séropositivité au VIH, taux de CD4, stade clinique (selon la classification des CDC), niveau de décentralisation auquel se situe l'hôpital de prise en charge (central, provincial, de district) [29], et taille de cet hôpital (petite, moins de 80 lits ; moyenne, de 80 à 220 lits ; grande, plus de 220 lits).

Ensuite, afin de corriger le biais de sélection dû aux différences observées entre personnes vivant avec le VIH/sida traitées et celles non traitées, nous avons effectué un appariement des données par score de propension. Depuis son introduction par Rosenbaum et Rubin [39], cette méthode statistique a été beaucoup utilisée dans des études observationnelles, en particulier dans le contexte de pathologies cardiovasculaires [14, 15]. Dans le cas de notre étude, cette méthode a consisté à calculer, pour chaque individu, la probabilité prédite de ne pas recevoir d'antirétroviraux (score de propension), en utilisant un modèle de régression logistique ajusté sur les caractéristiques précitées. Chaque personnes vivant avec le VIH/sida n'en recevant pas (cas) a ensuite été appariée à une personne en recevant (contrôle), sur la base de la valeur du score de propension, en utilisant la méthode d'appariement des plus proches voisins.

Par la suite, l'effet de recevoir ou pas des antirétroviraux sur chacune des variables de réponse a été estimé, à l'aide de modèles de régression univariés : régression logistique pour les variables binaires (utilisation non systématique du préservatif, révélation de la séropositivité à au moins une personne en dehors des soignants), analyse de variance pour les variables continues (scores globaux de qualité de vie normalisés à l'aide d'une transformation basée sur la courbe

de densité normale) [44], régression binomiale négative pour les variables de distribution discrète (nombre de symptômes perçus).

Ces modèles ont ensuite été ajustés dans la population analysée sur les variables suivantes : âge, genre et statut social, niveau d'étude, vie en couple, ressources inférieures au seuil de pauvreté (fixé à 20 000 FCFA par équivalent adulte et par mois) [13], taux de CD4 au dernier bilan (inférieur ou supérieur à 200 cellules/mm³), délai depuis le diagnostic de séropositivité au VIH, survenue d'une hospitalisation au cours des six derniers mois, nombre de symptômes perçus (excepté, bien sûr, pour le modèle ayant le nombre de symptômes perçus comme variable de réponse) et connaissance du statut VIH du partenaire principal.

Enfin, dans le but d'évaluer l'effet de recevoir ou non les antirétroviraux sur les variables de réponse en fonction du niveau de CD4 et du stade clinique, les modèles multivariés obtenus ont été relancés, après avoir divisé le groupe des personnes non traitées selon les trois catégories suivantes : individus au stade du sida ou ayant un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ (catégorie correspondant aux critères de l'OMS pour la mise sous antirétroviraux dans les pays à ressources limitées), individus ayant un taux de CD4 compris entre 200 et 350 cellules/mm³, individus ayant un taux de CD4 supérieur à 350 cellules/mm³.

Le niveau de significativité a été fixé à $\alpha = 0,05$ pour tous les tests. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des logiciels SPSS v15.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois, USA) et Intercooled Stata 9 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

Résultats

Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH/sida au moment de l'enquête

Au total, 2 466 personnes vivant avec le VIH/sida (78,3 %) étaient traitées par antirétroviraux au moment de l'enquête, alors que 685 (21,7 %) ne l'étaient pas. Parmi les personnes traitées, le délai médian [intervalle interquartile, IIQ] depuis la mise sous antirétroviraux était de 16 [7-28] mois. Les personnes vivant avec le VIH/sida non traitées étaient significativement plus jeunes (*tableau 1a*). De plus, elles avaient été diagnostiquées séropositives pour le VIH depuis moins longtemps, étaient moins souvent au stade du sida, et avaient un taux de CD4 significativement plus bas. Enfin, elles étaient plus souvent suivies dans des hôpitaux situés au niveau le plus décentralisé de la pyramide sanitaire (districts) et moins souvent suivies dans des hôpitaux de taille moyenne. La répartition des personnes vivant avec le VIH/sida non traitées en catégories combinant taux de CD4 et stade clinique était la suivante : 265 (soit 8,4 % des participants à l'enquête) avaient moins de 200 CD4/mm³ ou étaient au stade du sida ; 156 (5 %) avaient un taux de CD4 compris entre 200 et 350 cellules/mm³ ; 264 (8,4 %) avaient un taux de CD4 supérieur à 350 cellules/mm³. Parmi ces dernières, le taux de CD4 était en médiane de 498 (396-691) cellules/mm³.

Comme attendu, les différences entre personnes vivant avec le VIH/sida traitées et non traitées étaient moins marquées sur l'échantillon des données appariées (*tableau 1b*).

Tableau 1
Principales caractéristiques des participants à l'enquête EVAL – Anrs 12 116 traités ou non par antirétroviraux (ARV)

la – Avant appariement, selon le score de propension (n = 3 151)			
	Individus traités (n = 2 466)	Individus non traités (n = 685)	p-valeur¹
	% d'individus ou médiane [IIQ]		
Sexe féminin	70,8	72,0	0,55
Âge – années	37 [31 – 44]	34 [29 – 40]	< 0,0001
Taux de CD4 – cellules/mm ³	341 [217 – 446]	318 [175 – 453]	0,008
Stade sida (classification CDC C)	38,2	16,4	< 0,0001
Délai depuis le diagnostic de séropositivité VIH – mois	23 [12-41]	12 [6-24]	< 0,0001
Niveau de décentralisation de l'hôpital de suivi			
– central	35,2	35,8	< 0,0001
– provincial	34,4	24,5	
– de district	30,4	39,7	
Taille de l'hôpital			
– petite	25,1	29,6	0,007
– moyenne	44,4	38,1	
– grande	30,5	32,3	
lb – Après appariement, selon le score de propension (n = 1 370)			
	Individus traités (n = 685)	Individus non traités (n = 685)	p-valeur¹
	% d'individus ou médiane [IIQ]		
Sexe féminin	72,4	72,0	0,86
Âge – années	33 [29 – 39]	34 [29 – 40]	0,52
Taux de CD4 – cellules/mm ³	345 [208 – 461]	318 [176 – 453]	0,04
Stade sida (classification CDC C)	16,3	16,3	1,00
Délai depuis le diagnostic de séropositivité VIH – mois	14 [8 – 24]	12 [6 – 24]	0,0012
Niveau de décentralisation de l'hôpital de suivi			
– central	34,9	35,8	0,72
– provincial	26,4	24,5	
– de district	38,7	39,7	
Taille de l'hôpital			
– petite	28,5	29,6	0,37
– moyenne	41,7	38,1	
– grande	29,8	32,3	

CDC : Centers for Disease Control.

IIQ = intervalle interquartile.

¹ test du χ^2 (variables catégorielles) et de la somme des rangs de Wilcoxon (variables continues).

La distribution des variables de réponse après appariement ($n = 1\,370$) est présentée dans le *tableau 2*. Les données de qualité de vie étaient disponibles pour 1 366 personnes vivant avec le VIH/sida, avec des scores globaux valant en médiane [IIQ] 49 [40-55] pour le score de qualité de vie physique et 44 [37-51] pour le score de qualité de vie mentale. Parmi les 650 personnes vivant avec le VIH/sida (47,4 %) se déclarant sexuellement actives au cours des trois derniers mois, 453 ont déclaré avoir une activité sexuelle avec un partenaire principal séro-discordant ou de statut VIH inconnu, ou avec des partenaires occasionnels. 48 % des ces dernières ont déclaré une utilisation non systématique du préservatif. Enfin, le nombre de symptômes perçus était en médiane de 5 [3-8] et environ les trois quarts des personnes vivant avec le VIH/sida ont déclaré avoir révélé leur séropositivité à au moins une personne de leur entourage en dehors des soignants.

Impact des traitements antirétroviraux sur les variables de réponse

Après ajustement sur les facteurs socio-démographiques, les facteurs liés au VIH, ainsi que les caractéristiques des hôpitaux, les modèles de régression multivariés ont montré que le fait de ne pas recevoir d'antirétroviraux est significativement associé à une moins bonne qualité de vie physique, un plus grand risque d'utilisation non systématique du préservatif, un plus grand nombre de symptômes perçus, et une fréquence moins élevée de la révélation de la séropositivité à l'entourage (*tableau 3a*). Ces résultats ont été confirmés après

Tableau 2
Distribution des variables de réponse pour les participants à l'enquête EVAL – Anrs 12 116, après appariement selon le score de propension ($n = 1\,370$)

	Tous les individus	Individus traités	Individus non traités
	% d'individus ou médiane [IIQ]		
Qualité de vie (QdV)	$n = 1\,366$	$n = 684$	$n = 682$
– physique (score PCS*)	49 [40 – 55]	51 [44 – 56]	46 [37 – 54]
– mentale (score MCS**)	44 [37 – 51]	44 [37 – 51]	44 [37 – 50]
Utilisation non systématique du préservatif*** au cours des trois derniers mois	$n = 453$ 48,1	$n = 223$ 39,5	$n = 230$ 56,5
Symptômes perçus	$n = 1\,370$	$n = 685$	$n = 685$
Nombre de symptômes perçus au cours des quatre dernières semaines	5 [3 – 8]	5 [2 – 7]	6 [3 – 9]
Révélation de la séropositivité au VIH	$n = 1\,370$	$n = 685$	$n = 685$
Nombre de personnes à qui la séropositivité a été révélée			
– personne en dehors des soignants	6,4	5,6	7,3
– une personne seulement	19,8	16,5	23,1
– entre une et cinq personnes	52,0	53,2	50,8
– plus de cinq personnes	21,8	24,7	18,8
– au moins à une personne de l'entourage	73,8	78,0	69,6

IIQ = intervalle interquartile.

* Physical Component Summary, score calculé à partir des réponses aux questions de l'échelle MOS SF-12 [46].

** Mental Component Summary, score calculé à partir des réponses aux questions de l'échelle MOS SF-12 [46].

*** Lors des rapports sexuels avec un partenaire principal sérodiscordant ou de statut VIH inconnu, ou avec des partenaires sexuels occasionnels.

stratification des personnes vivant avec le VIH/sida non traitées, en fonction de leur taux de CD4 et de leur stade clinique (*tableau 3b*), toutes les catégories de personnes vivant avec le VIH/sida non traitées présentant de moins bons indicateurs psychosociaux et comportementaux que les traitées.

Discussion

Cette étude démontre que les personnes vivant avec le VIH/sida suivies à l'hôpital au Cameroun qui ne sont pas traitées par antirétroviraux diffèrent significativement de celles qui sont traitées, et ce sur des indicateurs psychosociaux et comportementaux majeurs. En effet, elles rapportent plus fréquemment des comportements sexuels à risque, présentent une moins bonne santé subjective en termes de qualité de vie physique et de nombre de symptômes perçus, et révèlent moins fréquemment leur séropositivité à leur entourage familial ou amical. De plus, ces résultats, obtenus après appariement des personnes vivant avec le VIH/sida, traitées et non traitées selon les variables considérées lors de la décision de mise sous antirétroviraux, demeurent valides dans une analyse multivariée ajustée sur un ensemble de facteurs socio-démographiques et liés au VIH. Il est intéressant de noter que la détérioration de la qualité de vie et l'augmentation de la fréquence d'utilisation non systématique du préservatif ont été observées pour toutes les catégories de personnes vivant avec le VIH/sida non traitées, et même pour celles qui ont un taux de CD4 élevé (> 350 cellules/mm³). Ces résultats suggèrent que l'accès aux antirétroviraux est corrélé, au niveau individuel, non seulement à une amélioration de la santé subjective, mais aussi à un meilleur vécu de la maladie. Ils apportent également une justification supplémentaire à la récente recommandation de l'OMS de remonter à 350 cellules/mm³ le seuil de CD4 pour la mise sous traitement antirétroviral systématique dans les pays à ressources limitées, afin d'améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida [7, 36] et de diminuer le risque de transmission du virus. La grande majorité des personnes vivant avec le VIH/sida, dans les pays à ressources limitées, n'accède aux soins que lorsqu'elle présente des symptômes de la maladie [21], ce qui entraîne des taux de mortalité précoce élevés [27]. Une amélioration de la prise en charge ne pourra être obtenue qu'en permettant un accès plus précoce aux antirétroviraux et en favorisant l'accès au dépistage et à l'accompagnement psychosocial [8].

Les personnes vivant avec le VIH/sida non traitées présentent une moins bonne qualité de vie physique que les personnes vivant avec le VIH/sida traitées. Peu d'études ont abordé la problématique de la qualité de vie, dans le contexte de la mise à l'échelle des antirétroviraux en Afrique [30, 42, 49]. Cependant, une étude menée auprès de 371 individus en Afrique du Sud a montré une amélioration significative de la qualité de vie physique dans les premiers mois de traitement antirétroviral [30, 49]. Une autre étude, menée en Ouganda auprès de 947 personnes vivant avec le VIH/sida a mis en évidence des gains significatifs en termes de qualités de vie physique et mentale durant la première année de traitement antirétroviral, la plus grande partie de l'amélioration étant visible dès le troisième mois de traitement [42]. Dans notre étude, les personnes vivant avec le VIH/sida traitées recevaient un traitement antirétroviral depuis seize mois en médiane, ce qui constitue donc une période suffisamment longue pour pouvoir observer une amélioration significative de la qualité de vie physique par rapport aux personnes non traitées.

Tableau 3
Effet du traitement antirétroviral sur la qualité de vie, les comportements sexuels à risque et l'expérience de la maladie à VIH des patients participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116. Analyse sur données appariées

Illa – Sans considération du taux de CD4 et du stade clinique						
	QdV* physique (n = 1 366)	QdV mentale (n = 1 366)	UNSP** (n = 453)	Nombre de syndromes perçus (n = 1 154)	Révélation à au moins une personne de l'entourage (n = 1 154)	
	coefficient [IC à 95 %] (p-valeur)	coefficient [IC à 95 %] (p-valeur)	OR [IC à 95 %] (p-valeur)	coefficient [IC à 95 %] (p-valeur)	OR*** [IC à 95 %] (p-valeur)	
Analyse univariée						
Traité(e) par antirétroviraux (ARV)						
– non (réf)	1	1	1	1	1	1
– oui	0,5 [0,3 ; 0,5] (p < 0,0001)	0,1 [-0,0 ; 0,2] (p = 0,06)	0,5 [0,3 ; 0,7] (p < 0,0001)	-0,2 [-0,3 ; -0,1] (p < 0,0001)	1,5 [1,2 ; 2,0] (p < 0,0001)	
Analyse multivariée****						
Traité(e) par ARV au moment de l'enquête						
– non (réf)	1	1	1	1	1	1
– oui	0,3 [0,2 ; 0,3] (p < 0,0001)	-0,01 [-0,1 ; 0,1] (p = 0,80)	0,5 [0,3 ; 0,7] (p < 0,0001)	-0,2 [-0,3 ; -0,1] (p < 0,0001)	1,8 [1,4 ; 2,4] (p < 0,0001)	

Tableau 3 (fin)
Effet du traitement antirétroviral sur la qualité de vie, les comportements sexuels à risque et l'expérience de la maladie à VIH des patients participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116. Analyse sur données appariées

IIIb – En classant les personnes vivant avec le VIH/sida non traitées, selon leur taux de CD4 et leur stade clinique						
	QdV physique (n = 1 366)	QdV mentale (n = 1 366)	UNSP (n = 453)	Nb de symptômes perçus (n = 1 154)	Révélation à au moins une personne de l'entourage (n = 1 154)	
	coefficient [IC à 95 %] (p-valeur)	coefficient [IC à 95 %] (p-valeur)	OR [IC à 95 %] (p-valeur)	coefficient [IC à 95 %] (p-valeur)	OR [IC à 95 %] (p-valeur)	
Analyse univariée						
Traité(e) par ARV au moment de l'enquête						
– oui (réf)	1	1	1	1	1	1
– non, avec CD4 < 200 cellules/mm ³ ou stade sida (p < 0,0001)	-0,8 [-0,9 ; -0,6] (p < 0,0001)	-0,3 [-0,5 ; -0,2] (p < 0,0001)	2,6 [1,6 ; 4,4] (p < 0,0001)	0,3 [0,2 ; 0,4] (p < 0,0001)	0,8 [0,6 ; 1,2] (p = 0,29)	
– non, avec CD4 compris entre 200 et 350 cellules/mm ³ (p < 0,0001)	-0,3 [-0,5 ; -0,1] (p < 0,0001)	-0,04 [-0,2 ; 0,1] (p = 0,63)	1,8 [1,0 ; 3,3] (p = 0,06)	0,2 [0,1 ; 0,3] (p = 0,004)	0,6 [0,4 ; 0,8] (p = 0,002)	
– non, avec CD4 > 350 cellules/mm ³ (p = 0,003)	-0,2 [-0,3 ; -0,1] (p = 0,003)	0,09 [-0,1 ; 0,2] (p = 0,21)	1,7 [1,0 ; 2,7] (p = 0,04)	0,08 [-0,1 ; 0,2] (p = 0,11)	0,6 [0,4 ; 0,8] (p < 0,0001)	
Analyse multivariée****						
Traité(e) par ARV au moment de l'enquête						
– oui (réf)	1	1	1	1	1	1
– non, avec CD4 < 200 cellules/mm ³ ou stade sida (p < 0,0001)	-0,4 [-0,5 ; -0,3] (p < 0,0001)	-0,1 [-0,3 ; 0,0] (p = 0,08)	2,5 [1,4 ; 4,2] (p = 0,001)	0,2 [0,1 ; 0,3] (p = 0,002)	0,6 [0,4 ; 0,9] (p = 0,01)	
– non, avec CD4 compris entre 200 et 350 cellules/mm ³ (p = 0,01)	-0,2 [-0,3 ; -0,0] (p = 0,01)	0,05 [-0,1 ; 0,2] (p = 0,57)	1,8 [1,0 ; 3,5] (p = 0,05)	0,2 [0,1 ; 0,3] (p < 0,0001)	0,5 [0,4 ; 0,8] (p = 0,004)	
– non, avec CD4 > 350 cellules/mm ³ (p < 0,0001)	-0,2 [-0,3 ; -0,1] (p < 0,0001)	0,1 [0,0 ; 0,2] (p = 0,09)	1,7 [1,0 ; 2,9] (p = 0,04)	0,1 [0,1 ; 0,2] (p = 0,02)	0,5 [0,4 ; 0,8] (p < 0,0001)	

* Qualité de vie, évaluée à l'aide des scores globaux physique (PCS – Physical Component Summary) et mental (MCS – Mental Component Summary), du questionnaire SF-12.
 ** Utilisation non systématique du préservatif (avec un partenaire principal sérodiscordant ou de statut VIH inconnu ou avec un partenaire occasionnel au cours des trois derniers mois).
 *** Odds ratio.

**** Après ajustement sur les variables suivantes : âge, sexe, statut social, niveau d'étude, vie en couple, vivre sous le seuil de pauvreté (fixé à 20 000 F CFA par équivalent adulte et par mois [39]), taux de CD4 au dernier bilan (inférieur ou supérieur à 200 cellules/mm³), délai depuis le diagnostic de séropositivité VIH, hospitalisation au cours des six derniers mois, nombre de symptômes perçus (excepté pour le modèle ayant le nombre de symptômes perçus comme variable de réponse), connaissance du statut VIH du partenaire principal.

Cette amélioration est corrélée à un meilleur vécu de la maladie, qui s'exprime par un nombre de symptômes perçus moins élevé. Dans une étude récente menée en Afrique du Sud, les individus recevant un traitement antirétroviral ne présentaient pas moins de symptômes que les individus non traités [37]. Cependant, les deux tiers des individus inclus avaient atteint le stade du sida, alors que c'est le cas pour seulement un tiers des personnes vivant avec le VIH/sida de la présente étude.

Cette dernière souligne également l'effet positif du traitement antirétroviral sur la prise de risque sexuel, contredisant ainsi l'hypothèse communément avancée selon laquelle l'accès aux antirétroviraux pourrait induire un relâchement des comportements de prévention [17, 28]. La plupart des études menées dans les pays du Nord ont conclu que les comportements sexuels à risque n'étaient pas plus fréquents chez les patients traités par antirétroviraux (cf méta-analyse de Crepaz et coll [6]). Ce résultat a été confirmé par plusieurs études menées dans le contexte africain [1, 4, 12, 23, 24, 34, 41]. Dans la présente étude, les personnes vivant avec le VIH/sida ne recevant pas de traitement avaient de 1,5 à 3 fois plus de risque de déclarer des rapports sexuels non protégés que les personnes traitées. Bien que les personnes non traitées aient été, dans l'échantillon de l'enquête EVAL-Anrs, informées de leur séropositivité et déjà suivies pour leur infection à VIH, on peut supposer qu'elles avaient néanmoins un accès moindre à la prévention du VIH et à l'accompagnement. En effet, dans les centres de soins, les messages de prévention sont essentiellement donnés aux patients au moment de la mise sous traitement.

Par ailleurs, il est établi que les interventions d'accompagnement et de soutien à l'observance aux antirétroviraux auprès des personnes vivant avec le VIH/sida traitées jouent un rôle clé dans la prévention des comportements à risque en général, y compris les comportements sexuels à risque [41].

Enfin, l'accès aux antirétroviraux semble encourager la révélation de la séropositivité à l'entourage. Cela peut être en partie expliqué par le fait que, lors de la mise sous traitement, les soignants encouragent les personnes vivant avec le VIH/sida à révéler leur statut à leur entourage, dans le but de faciliter leur observance aux traitements. Bien évidemment, il peut aussi s'agir d'une révélation « forcée », lorsqu'un individu est contraint de révéler son statut pour pouvoir expliquer pourquoi il doit prendre un traitement quotidiennement et faire de fréquentes visites à l'hôpital. Cependant, plusieurs études récentes menées dans le contexte africain soulignent les conséquences positives de la révélation du statut, notamment aux partenaires sexuels, en termes de réduction des conduites à risque et de renforcement du soutien social [10, 25, 48].

La présente étude est limitée par son caractère transversal, ne permettant pas d'évaluer les changements avant/après la mise sous antirétroviraux pour les variables de réponse considérées. Cependant, à notre connaissance, il s'agit de la première étude permettant de documenter les effets de l'accès aux antirétroviraux sur un ensemble d'indicateurs psychosociaux et comportementaux mesurés sur un échantillon représentatif des personnes vivant avec le VIH/sida suivies dans le système de soins, dans le contexte d'un pays à ressources limitées.

En conclusion, nos résultats suggèrent que l'accès aux traitements antirétroviraux dans des pays à ressources limitées a un effet positif sur le bien-être des

personnes vivant avec le VIH/sida, et ce, même pour celles présentant un taux de CD4 élevé. Ces résultats soulignent également la nécessité d'offrir un soutien psychosocial aux patients non traités, souvent laissés pour compte. Enfin, au vu des données récentes de la recherche clinique dans les pays du Nord, ces résultats apportent une justification supplémentaire à la récente modification des recommandations de l'OMS pour une initiation plus précoce du traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées [7].

Références bibliographiques

1. Bateganya M, Colfax G, Shafer LA, *et al.* Antiretroviral therapy and sexual behavior : a comparative study between antiretroviral- naive and -experienced patients at an urban HIV/AIDS care and research center in Kampala, Uganda. *AIDS Patient Care STDS* 2005 ; 19 : 760-8.
2. Battegay M, Fluckiger U, Hirschel B, Furrer H. Late presentation of HIV-infected individuals. *Antivir Ther* 2007 ; 12 : 841-51.
3. Bouhnik AD, Preau M, Schiltz MA, *et al.* Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men : evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (Anrs-EN12-VESPA). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 ; 42 : 597-603.
4. Bunnell R, Ekwaru JP, Solberg P, *et al.* Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *Aids* 2006 ; 20 : 85-92.
5. Carrieri MP, Leport C, Protopopescu C, *et al.* Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy : a 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 ; 41 : 477-85.
6. Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior : a meta-analytic review. *Jama* 2004 ; 292 : 224-36.
7. Crowley S, Rollins N, Shaffer N, Guerma T, Vitoria M, Lo YR. New WHO HIV treatment and prevention guidelines. *Lancet* 2009 ; Novembre 30, Epub ahead of print.
8. De Cock KM, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent : public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet* 2002 ; 360 : 67-72.
9. Delate T, Coons SJ. The discriminative ability of the 12-item short form health survey (SF-12) in a sample of persons infected with HIV. *Clin Ther* 2000 ; 22 : 1112-20.
10. Deribe K, Woldemichael K, Wondafrash M, Haile A, Amberbir A. Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in Southwest Ethiopia. *BMC Public Health* 2008 ; 8 : 81.
11. Desquilbet L, Deveau C, Goujard C, Hubert JB, Derouineau J, Meyer L. Increase in at-risk sexual behaviour among HIV-1-infected patients followed in the French PRIMO cohort. *Aids* 2002 ; 16 : 2329-33.

12. Dia A, Bouhnik AD, Marcellin F, *et al.* Unsafe sexual behaviors with steady partner among men and women living with HIV/AIDS in Cameroon : results from the national survey EVAL (Anrs 12-116). *XVII international AIDS conference*. Mexico 3-8 august 2008 – abstract number TUPE0843.
13. DSCN. *Deuxième enquête camerounaise auprès des ménages en 2001 (ECAM II 2001) – Conditions de vie et profils de pauvreté au Cameroun en 2001 – Rapport principal de l'enquête*. Direction de la statistique et de la comptabilité nationale, ministère de l'Économie et des Finances, Yaoundé, République du Cameroun, 2002.
14. Elad Y, French WJ, Shavelle DM, Parsons LS, Sada MJ, Every NR. Primary angioplasty and selection bias inpatients presenting late (> 12 h) after onset of chest pain and ST elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2002 ; 39 : 826-33.
15. Ferguson TB, Jr., Coombs LP, Peterson ED. Preoperative beta-blocker use and mortality and morbidity following CABG surgery in North America. *Jama* 2002 ; 287 : 2221-7.
16. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission : a mathematical model. *Lancet* 2009 ; 373 : 48-57.
17. Gremy I, Beltzer N. HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001 : return to the starting point ? *Aids* 2004 ; 18 : 805-9.
18. Hallett TB, Gregson S, Dube S, Garnett GP. The impact of monitoring HIV patients prior to treatment in resource-poor settings : insights from mathematical modelling. *PLoS Med* 2008 ; 5 : e53.
19. Hammer SM, Eron JJ, Reiss P, *et al.* Antiretroviral treatment of adult HIV infection : 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *Jama* 2008 ; 300 : 555-70.
20. Justice AC, Holmes W, Gifford AL, *et al.* Development and validation of a self-completed HIV symptom index. *J Clin Epidemiol* 2001 ; 54 Suppl 1 : S77-90.
21. Keiser O, Anastos K, Schechter M, *et al.* Antiretroviral therapy in resource-limited settings 1996 to 2006 : patient characteristics, treatment regimens and monitoring in sub-Saharan Africa, Asia and Latin America. *Trop Med Int Health* 2008 ; 13 : 870-9.
22. Keiser O, Orrell C, Egger M, *et al.* Public-health and individual approaches to antiretroviral therapy : township South Africa and Switzerland compared. *PLoS Med* 2008 ; 5 : e148.
23. Kennedy C, O'Reilly K, Medley A, Sweat M. The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries : a systematic review. *AIDS Care* 2007 ; 19 : 707-20.
24. Kiene SM, Christie S, Cornman DH, *et al.* Sexual risk behaviour among HIV-positive individuals in clinical care in urban KwaZulu-Natal, South Africa. *Aids* 2006 ; 20 : 1781-4.
25. King R, Katuntu D, Lifshay J, *et al.* Processes and outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV in Uganda. *AIDS Behav* 2008 ; 12 : 232-43.
26. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, *et al.* Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival. *N Engl J Med* 2009 ; 361 : 822-4.
27. Lawn SD, Harries AD, Anglaret X, Myer L, Wood R. Early mortality among adults accessing antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa. *Aids* 2008 ; 22 : 1897-08.
28. Lert F. Advances in HIV treatment and prevention : should treatment optimism lead to prevention pessimism ? *AIDS Care* 2000 ; 12 : 745-55.

29. Loubiere S, Boyer S, Protopopescu C, *et al.* Decentralization of HIV care in Cameroon : Increased access to antiretroviral treatment and associated persistent barriers. *Health Policy* 2009 ; 92 (2-3) : 165-73.
30. Louwagie GM, Bachmann MO, Meyer K, Booyesen Fle R, Fairall LR, Heunis C. Highly active antiretroviral treatment and health related quality of life in South African adults with human immunodeficiency virus infection : A cross-sectional analytical study. *BMC Public Health* 2007 ; 7 : 244.
31. Mellors JW, Munoz A, Giorgi JV, *et al.* Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med* 1997 ; 126 : 946-54.
32. Ministère de la Santé publique. *Accès équitable des personnes vivant avec le VIH/sida aux antirétroviraux et médicaments des infections opportunistes : stratégie nationale.* Ministère de la Santé publique, Yaoundé, République du Cameroun, 2005.
33. Ministère de la Santé publique. *Guide national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA au niveau de l'hôpital de district.* Ministère de la Santé publique, Yaoundé, République du Cameroun, 2005.
34. Moatti JP, Prudhomme J, Traore DC, Juillet-Amari A, Akribi HA, Msellati P. Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Cote d'Ivoire. *Aids* 2003 ; 17 Suppl 3 : S69-77.
35. Moatti JP, Spire B, Kazatchkine M. Drug resistance and adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment : against a double standard between the north and the south. *Aids* 2004 ; 18 Suppl 3 : S55-61.
36. Nash D, Katyal M, Brinkhof MW, *et al.* Long-term immunologic response to antiretroviral therapy in low-income countries : a collaborative analysis of prospective studies. *Aids* 2008 ; 22 : 2291-302.
37. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. The symptom experience of people living with HIV and AIDS in the Eastern Cape, South Africa. *BMC Health Serv Res* 2008 ; 8 : 271.
38. Protopopescu C, Marcellin F, Moh R, *et al.* Unsafe sexual behaviors and poor perceived health among people living with HIV/AIDS in Western Africa : Results from the TRIVACAN trial (Anrs 1269) *XVII international AIDS conference.* Mexico 3-8 august 2008 – abstract number THPE0815.
39. Rosenbaum P, Rubin D. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983 ; 70 : 41-55.
40. Sabin CA, Phillips AN. Should HIV therapy be started at a CD4 cell count above 350 cells/microl in asymptomatic HIV-1-infected patients ? *Curr Opin Infect Dis* 2009 ; 22 : 191-7.
41. Sarna A, Luchters SM, Geibel S, *et al.* Sexual risk behaviour and HAART : a comparative study of HIV-infected persons on HAART and on preventive therapy in Kenya. *Int J STD AIDS* 2008 ; 19 : 85-9.
42. Stangl AL, Wamai N, Mermin J, Awor AC, Bunnell RE. Trends and predictors of quality of life among HIV-infected adults taking highly active antiretroviral therapy in rural Uganda. *AIDS Care* 2007 ; 19 : 626-36.
43. UNAIDS. *Report on the global AIDS epidemic.* WHO-UNAIDS, 2008.
44. van Albada SJ, Robinson PA. Transformation of arbitrary distributions to the normal distribution with application to EEG test-retest reliability. *J Neurosci Methods* 2007 ; 161 : 205-11.
45. Vincent E, Bouhnik AD, Carrieri MP, *et al.* Impact of HAART-related side effects on unsafe sexual behaviours in HIV-infected injecting drug users : 7-year follow up. *Aids* 2004 ; 18 : 1321-5.

46. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey : construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996 ; 34 : 220-33.
47. WHO. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : Recommendations for a public health approach – 2006 revision*. WHO, Geneva, 2006.
48. Wong LH, Rooyen HV, Modiba P, *et al.* Test and tell : correlates and consequences of testing and disclosure of HIV status in South Africa (HPTN 043 Project Accept). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 ; 50 : 215-22.
49. Wouters E, Meulemans H, Van Rensburg HC, Heunis JC, Mortelmans D. Short-term physical and emotional health outcomes of public sector ART in the Free State province of South Africa. *Qual Life Res* 2007 ; 16 : 1461-71.

Chapitre 5

Décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun : amélioration de l'accès au traitement et persistance de barrières

Sandrine LOUBIÈRE, Sylvie BOYER, Camélia PROTOPOPESCU,
Cécile-Renée BONONO, Bruno SPIRE, Jean-Paul MOATTI et le groupe d'étude
EVAL-Cameroun

Selon les estimations nationales [31], plus de 46 % du nombre total de personnes médicalement éligibles pour recevoir le traitement antirétroviral au Cameroun, en accord avec les recommandations de l'OMS alors en vigueur, ont eu accès au traitement en 2009. C'est un taux de couverture élevé, en tout cas pour ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest et centrale [43].

Cependant, ces estimations montrent qu'une proportion significative (62 %) de personnes vivant avec le VIH/sida n'accède pas encore au traitement, alors qu'il est démontré qu'une initiation tardive des antirétroviraux est associée à un taux de mortalité plus élevé [2, 9]. Certaines barrières à l'accès au traitement peuvent être liées à des facteurs « d'amont » qui retardent la connaissance du statut VIH [10] ou l'accès aux soins, après avoir pris connaissance d'un test de dépistage et d'un diagnostic positif pour le VIH [18, 30, 34]. D'autres barrières peuvent intervenir à un stade ultérieur de la prise en charge, d'une part, du fait de certaines caractéristiques de l'offre de soins, tant au niveau des structures que des professionnels de santé eux-mêmes et, d'autre part, de la demande des patients, elle-même influencée par leurs caractéristiques socio-économiques et culturelles [38].

L'enquête EVAL – Anrs 12 116, déjà présentée dans les chapitres précédents, nous a donné l'opportunité d'évaluer jusqu'à quel point la décentralisation de la mise à disposition du traitement au niveau des districts a contribué à améliorer l'accès aux antirétroviraux, et d'identifier les barrières persistantes qui limitent cet accès, au moins pour la sous-population des personnes vivant avec le VIH/sida qui sont conscientes de leur statut sérologique et qui sont en contact régulier avec le système de santé.

Méthodes

La notion d'« éligibilité au traitement » dans l'échantillon de l'enquête EVAL – Anrs 12 116, dont la méthode a été décrite dans le chapitre 3, a été définie à partir des critères suivants : test de dépistage du VIH positif depuis au moins trois mois ; stade sida (stade C des Centers for Disease Control – CDC) ; ou $CD4 < 200$ cellules/mm³. De plus, étant donné les incertitudes des recommandations pour l'initiation des antirétroviraux chez les patients co-infectés par

l'association VIH/tuberculose [27, 28, 47], ceux qui étaient en cours de traitement antituberculeux au moment de l'enquête ont été exclus de l'analyse.

Une régression logistique multi-variée a été réalisée, pour identifier les facteurs significatifs de l'accès au traitement antirétroviral dans la population définie ci-dessus comme médicalement éligible, en stratifiant selon le niveau de décentralisation (centres de traitement agréés de Yaoundé, de Douala et des capitales provinciales *versus* unités de prise en charge au niveau des districts). La variable réponse (ou dépendante) était donc la variable dichotomique patient « traité » *versus* « non traité mais éligible ». Les facteurs significativement associés à la variable réponse ont été identifiés dans un premier temps en analyse univariée. Les variables significatives au seuil de $p < 0,20$ en analyse univariée ont été sélectionnées pour l'analyse multi-variée. Une procédure de sélection ascendante pas-à-pas a été utilisée pour déterminer le modèle final. De plus, les facteurs suivants ont été introduits dans le modèle final comme variables d'ajustement : taux de CD4 à la première visite dans l'établissement, âge, sexe, niveau d'éducation, et temps écoulé depuis le diagnostic du VIH.

Résultats

Parmi les 3 151 patients participant à l'étude, 4,3 % ($n = 136$) étaient traités pour la tuberculose et 14,2 % ($n = 449$) étaient des patients non traités, et qui avaient des caractéristiques cliniques et/ou immunologiques qui ne les rendaient pas éligibles au traitement antirétroviral. Au final, 2 566 patients étaient éligibles et seule une minorité d'entre eux, 7 % ($n = 180$), n'avait pas initié de traitement au moment de l'enquête.

Les informations concernant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients éligibles au traitement sont présentées dans le *tableau 1*. La majorité de l'échantillon est représentée par des femmes (71,3 %) et la moitié a atteint le niveau d'études secondaires (55,0 %), avec un âge médian de 36,7 ans. Les patients étaient pour la plupart actifs (70 %), avec une source de revenu régulière au moment de l'étude, et occupaient l'une des professions suivantes : indépendants (32 %), employés (28 %), ou agriculteurs (23 %). Le revenu médian du ménage était cependant assez faible, autour de 40 000 FCFA (60,4 euros), comparé au seuil de pauvreté au Cameroun qui était estimé à 20 000 FCFA en 2007 (30,2 euros ou 40 dollars) [12, 21] (24-25). Un tiers (30,6 %) des patients était pris en charge dans un hôpital de district.

Ces patients avaient un statut socio-économique plus faible que ceux traités dans un centre de traitement agréé : 61,3 % avaient fréquenté l'école jusqu'à la fin du primaire au niveau des districts, *versus* 37 % au niveau central et provincial des centres de traitement agréés ; le revenu médian du ménage était équivalent à 30 000 FCFA (IIQ : 15 800 ; 50 000) au niveau du district, *versus* 46 500 FCFA (IIQ : 25 000 ; 82 600) au niveau des centres de traitement agréés. Les dépenses de santé moyennes pour la prise en charge et le traitement du VIH étaient significativement plus faibles au niveau du district (médiane 5 400 FCFA [3 600 ; 8 500], *versus* 7 500 FCFA [4 000 ; 12 000], respectivement ; $p < 0,001$). Cependant, étant donné que le revenu du ménage était significativement plus faible au niveau du district, la proportion du revenu allouée aux dépenses de soins pour le VIH était identique entre les patients traités dans une unité de prise en charge et ceux traités dans un centre de traitement agréé (17 % contre 18 %, respectivement ;

Tableau 1
**Comparaison des patients traités et non traités, mais éligibles au traitement
 au Cameroun (n = 2 566)**

	(1) Total n = 2 566	(2) Traités n = 2 386 (93 %)	(3) Non traités n = 180 (7 %)	p* (2) vs (3)
Âge – médiane (IIQ)	36,7 (31,4 ; 40,0)	36,8 (31,4 ; 44,4)	34,8 (29,0 ; 42)	0,007
Genre				
– femmes	1 830 (71,3)	1 705 (71,5)	125 (69,4)	0,56
– hommes (ref)	736 (28,7)	681 (28,5)	55 (30,6)	
Niveau d'éducation secondaire atteint				
– oui	1 427 (55,6)	1 059 (44,4)	80 (44,4)	0,98
– non (ref)	1 139 (44,4)	1 327 (55,6)	100 (55,6)	
Situation matrimoniale				
– célibataire ou divorcé	1 383 (53,9)	1 294 (54,2)	89 (49,4)	< 0,0001
– marié	918 (35,8)	863 (36,2)	55 (30,6)	
– en couple (non marié) (ref)	265 (10,3)	229 (9,6)	36 (20,)	
Actif				
– oui	1 797 (70,0)	1 693 (71,0)	104 (57,8)	< 0,0001
– non (ref)	769 (30,0)	693 (29,0)	76 (42,2)	
Revenus mensuels du ménage – médiane [IIQ] (FCFA)	40 000 (20 000 ; 74 000)	40 000 (20 200 ; 73 600)	36 500 (20 000 ; 75 000)	0,38
Dépenses de santé mensuelles – médiane [IIQ] (FCFA)	7 000 (3 700 ; 11 000)	7 000 (3 800 ; 11 000)	5 600 (1 600 ; 17 800)	0,001
% des dépenses de santé dans le revenu du ménage médiane [IIQ]	17 (8 ; 38)	17 (8 ; 37)	11 (3 ; 53)	0,09
Taux de CD4 (cc/mm³) : médiane [IIQ]	329 (199 ; 433)	343 (218 ; 447)	127 (45 ; 228)	< 0,0001
Délai depuis le diagnostic de VIH – mois médiane [IIQ]	22 (12 ; 40)	23 (12 ; 41)	14 (6 ; 27)	< 0,0001
Délai entre le diagnostic et la 1^{re} consultation				
– ≤ 1 mois	1 457 (56,8)	1 378 (57,8)	79 (43,9)	< 0,0001
– > 1 mois	1 109 (43,2)	1 008 (42,2)	101 (56,1)	
Diagnostic du VIH réalisé dans le même hôpital de suivi				
– oui	1 400 (54,6)	1 331 (55,8)	69 (38,3)	< 0,0001
– non	1 166 (45,4)	1 055 (44,2)	111 (61,7)	
Déclare qu'« obtenir une consultation avec un médecin de l'hôpital est »				
– très ou assez difficile	559 (21,8)	507 (21,2)	52 (28,9)	0,017
– très ou assez facile	2 007 (78,2)	1 879 (78,8)	128 (71,1)	

A consulté un tradi-praticien dans les 6 derniers mois				
– oui	239 (9,3)	212 (8,9)	27 (15,0)	0,006
– non	2 327 (90,7)	2 174 (91,1)	153 (85,0)	
Taille de l'hôpital** – nb de lits : médiane (IIQ)				
	170 (120 ; 300)	170 (120 ; 300)	213 (110 ; 300)	< 0,0001
Nombre de patients VIH+ par personnel soignant** – médiane [IIQ]				
	82 (48 ; 181)	82 (53 ; 181)	112 (38 ; 187)	0,074
Délégation des tâches**				
– non	577 (22,5)	517 (21,7)	60 (33,3)	< 0,0001
– oui	1 989 (77,5)	1 869 (78,3)	120 (66,7)	
Disponibilité d'un appareil à CD4**				
– Oui	2 236 (87,1)	2 092 (87,7)	144 (80,0)	0,003
– Non	330 (12,9)	294 (12,3)	36 (20,0)	
Type de formation sanitaire**				
– centres de traitement agréés	1 780 (69,4)	1 663 (69,7)	117 (65,0)	0,18
– unités de prise en charge	786 (30,6)	723 (30,3)	63 (35,0)	

* Test du χ^2 ou test de Fisher pour les variables catégorielles, test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

** Caractéristiques des formations sanitaires dans lesquelles sont suivis les patients.

$p = 0,836$). De plus, les délais entre le diagnostic du VIH et la première consultation étaient significativement plus courts au niveau décentralisé du district (62,4 % *versus* 55,7 % dans les centres de traitement agréés, avec un délai de moins d'un mois ; $p = 0,003$). Le taux de CD4 à l'initiation du traitement était significativement plus élevé chez les patients traités dans une unité de prise en charge, comparé à celui des patients traités dans un centre de traitement agréé (moyenne = 146 *versus* 130 cellules/mm³ ; $p < 0,0001$).

De façon logique, le *tableau 1* montre que parmi tous les patients éligibles au traitement, ceux qui étaient effectivement traités avaient des taux de CD4 au moment de l'étude significativement plus élevés que les patients non traités. Cependant, ces derniers avaient été diagnostiqués pour leur infection à VIH depuis moins longtemps (*tableau 1*) et leur taux de CD4 (médiane = 127 ; IIQ : 45-228) était significativement plus élevé comparé à celui des patients traités au moment de l'initiation de leur traitement (médiane = 125 ; IIQ : 67-180), ($p < 0,0001$). Alors que la proportion de femmes était identique entre les deux groupes, le *tableau 1* montre que les patients non traités étaient plus jeunes, avaient un statut socio-économique plus faible (c'est-à-dire un revenu et un taux d'activité plus faibles), et vivaient plus souvent sous le régime du concubinage avec leur partenaire. Les patients non traités semblaient également faire face à plus de difficultés dans leur relation avec le système de santé. D'une part, une proportion plus importante de patients non traités avait changé de formation sanitaire pour le suivi de l'infection à VIH, après avoir pris connaissance de leur statut sérologique positif au VIH. D'autre part, ils avaient attendu depuis plus d'un mois avant de consulter pour la première fois pour la prise en charge de leur maladie. Ils rapportent également avoir eu plus de difficulté à obtenir un rendez-vous avec un membre de l'équipe médicale et consulter davantage de médecins traditionnels. Le *tableau 1* montre aussi que les patients non traités ont alloué une part plus importante de leur revenu aux dépenses de santé, bien que cette

différence ne soit pas significative. Une analyse plus détaillée de ces dépenses révèle qu'une fois exclu le paiement des antirétroviraux, les patients non traités avaient tendance à dépenser significativement plus dans toutes les autres catégories de consommation de soins (médiane = 5 600 FCFA contre 2 500, respectivement ; $p < 0,0001$). Seuls les coûts de transport étaient identiques entre patients traités et non traités (médiane = 1 000 FCFA contre 800, respectivement ; $p = 0,23$).

Enfin, le *tableau 1* montre que la proportion de patients non traités parmi tout ceux éligibles au traitement n'était pas significativement différente entre le niveau des unités de prise en charge et celui des centres de traitement agréés ; une différence significative dans la proportion des patients éligibles non traités apparaissait cependant entre les formations sanitaires, selon que celles-ci disposaient ou non de l'équipement technique pour mesurer les CD4 (disponibilité moins fréquente au niveau des unités de prise en charge). La proportion de patients non traités était également significativement plus élevée dans les hôpitaux de grande taille, ainsi que dans les formations sanitaires où la file active par personnel soignant était plus importante, ces dernières caractéristiques étaient plus fréquentes dans les centres de traitement agréés (cf *tableau 1*, Chapitre 3). De plus, la proportion de patients non traités était plus élevée dans les services n'ayant pas formalisé une politique de « délégation des tâches » pour le suivi de la prise en charge par antirétroviraux des médecins vers les personnels infirmier et paramédical : une telle approche était généralisée dans les 13 unités de prise en charge ayant participé à l'enquête, à l'exception d'une seule, alors qu'elle n'avait été mise en œuvre que dans 9 des 14 centres de traitement agréés où des patients avaient été inclus.

Après ajustement sur la durée depuis le diagnostic d'infection par le VIH et le taux de CD4 (à l'initiation du traitement pour les patients traités et au moment de l'enquête pour les patients non traités), les résultats de l'analyse multi-variée présentés dans le *tableau 2* suggèrent que les facteurs socio-économiques associés à l'accès ou non au traitement diffèrent selon le niveau de décentralisation. La seule exception est la variable liée à l'activité professionnelle du patient : quel que soit le niveau de décentralisation, le fait de ne pas avoir d'emploi au moment de l'étude était un facteur pronostique de la non-mise sous traitement. Les patients jeunes et de sexe masculin, ainsi que ceux qui n'avaient pas atteint le niveau d'études secondaires avaient une probabilité moindre d'être traités dans un centre de traitement agréé. Outre le facteur emploi, l'autre caractéristique socio-économique associée au fait d'être non traités au niveau des unités de prise en charge était de vivre en concubinage. Un certain nombre de caractéristiques individuelles liées au recours aux soins était également significativement associé à l'accès au traitement. Ainsi, au niveau des unités de prise en charge de district, les patients avec un délai plus long entre le diagnostic et la première consultation, ou ceux allouant une proportion plus élevée de leur revenu aux dépenses de santé avaient un risque plus élevé de ne pas être traités. Dans les centres de traitement agréés, les patients qui avaient changé de centre de suivi après leur diagnostic d'infection par le VIH avaient un risque plus élevé d'être non traités.

Enfin, un ensemble de facteurs pronostiques du non-accès au traitement chez les patients éligibles est inhérent aux caractéristiques des formations sanitaires et diffère selon le niveau de décentralisation. Ainsi, il n'est pas surprenant

Tableau 2
Facteurs associés à la variable réponse (traités ou non traités mais éligibles au traitement) selon le niveau de décentralisation en analyse multivariée (n = 2,566) – EVAL – Anrs 12 116)

	CTA*		UPEC**	
	OR [IC 95 %]	p	OR [IC 95 %]	p
Âge : median [IIQ]	0,96 [0,94 ; 0,98]	0,001	1,01 [0,97 ; 1,03]*	0,951
Genre				
– femmes (ref)	– 1 –	0,020	– 1 – ***	0,959
– hommes	1,74 [1,10 ; 2,79]		1,02 [0,51 ; 2,02]	
Niveau d'éducation secondaire atteint				
– oui (ref)	– 1 –	0,001	– 1 – ***	0,183
– non	2,11 [1,37 ; 3,23]		0,67 [0,38 ; 1,20]	
Situation matrimoniale				
– Célibataire ou divorcé (ref)	NS		– 1 –	
– Marié			0,84 [0,44 ; 1,60]	0,600
– En couple (non marié)			2,82 [1,08 ; 7,35]	0,034
Actif				
– Oui (ref)	– 1 –	0,014	– 1 –	0,05
– Non	1,68 [1,12 ; 2,52]		1,80 [1,07 ; 3,30]	
% dépenses de santé dans le revenu du ménage médiane [IIQ]	NS		1,005 [1,002 ; 1,007]	0,003
Taux de CD4 (cc/mm ³) : médiane [IIQ]****	1,004 [1,002 ; 1,006]	< 0,001	1,001 [0,97 ; 1,03]***	0,526
Délai depuis le diagnostic VIH – mois médiane [IIQ]	0,98 [0,97 ; 0,99]	< 0,001	0,96 [0,94 ; 0,98]	0,001
Délai entre le diagnostic et la 1 ^{re} consultation				
– ≤ 1 mois	NS		– 1 –	0,001
– > 1 mois			2,70 [1,53 ; 4,77]	
Diagnostic VIH réalisé dans le même hôpital de suivi				
– oui	– 1 –	< 0,001	NS	
– non	2,60 [1,70 ; 4,02]			
Patients traités dans un hôpital selon le nombre de lits				
< 150	NS		– 1 –	0,006
> 150			2,51 [1,30 ; 4,87]	
Nb de patients infectés suivis par le personnel soignant	1,008 [1,005 ; 1,011]	< 0,001	– ***	
Délégation des tâches entre médecins et personnel paramédical				
– pas du tout ou un peu	3,41 [2,17 ; 5,36]	< 0,001	– ***	
– assez ou beaucoup	– 1 –			
Disponibilité d'un appareil à CD4				
– oui	NS		– 1 –	0,001
– non			2,79 [1,48 ; 5,25]	

IC 95 % : Intervalle de confiance, p = 0,95.

* Centres de traitement agréés.

** Unités de prise en charge.

*** Cette variable a été forcée dans le modèle final.

**** À l'initiation du traitement pour les patients traités et au moment de l'enquête pour les patients non traités et éligibles.

que l'absence d'équipement pour la numération des CD4, surtout fréquente au niveau des districts, soit associée à une probabilité plus faible d'avoir accès aux antirétroviraux. De même, les patients suivis dans des unités de prise en charge situées dans des hôpitaux de plus grande taille (150 lits ou plus) avaient un risque plus élevé d'être non traités, bien qu'éligibles au traitement. Au contraire, la taille de l'hôpital ne semblait pas influencer l'accès aux antirétroviraux dans les centres de traitement agréés. En revanche, une file active plus importante et l'absence d'une politique de délégation des tâches étaient significativement associées à un accès réduit aux antirétroviraux au niveau plus centralisé.

Discussion

Les résultats de cette étude confirment la réussite remarquable du programme national d'accès aux antirétroviraux au Cameroun, puisque la quasi-totalité (93 %) des patients éligibles à ces traitements fréquentant des centres de soins y avait effectivement accès. Seule une minorité (7 %) d'entre eux éligibles au traitement demeurait non traitée. Ces patients avaient été diagnostiqués pour leur infection à VIH plus récemment que ceux déjà traités et avaient des taux de CD4 plus élevés au moment de l'enquête, comparés à ceux des patients traités au moment de l'initiation des traitements. Ces deux points suggèrent qu'on peut être assez optimiste quant à une initiation prochaine d'un traitement chez ces patients.

À l'inverse des résultats d'études conduites dans d'autres pays à faibles ressources [21, 32], les coûts de transport et les difficultés à obtenir une consultation avec un médecin ne semblent pas entraîner de délais supplémentaires d'initiation des traitements dans notre analyse multivariée. Ces résultats positifs ont été clairement facilités par le passage à l'échelle de l'accès aux antirétroviraux, non seulement dans les principales villes du pays mais aussi au niveau plus décentralisé des districts sanitaires. En considérant la situation épidémiologique au Cameroun où les individus avec un niveau d'éducation plus élevé sont plus fortement infectés par le VIH [15], nos résultats montrent aussi que la décentralisation dans l'approvisionnement en antirétroviraux a amélioré l'accès aux traitements chez les personnes vivant avec le VIH/sida les plus faibles économiquement et qui, vraisemblablement, sont plus touchées par les conséquences de cette affection [3]. Bien évidemment, ces résultats doivent être nuancés par le fait que l'univers des patients infectés par le VIH que l'enquête EVAL – Anrs 12 116 permet d'analyser est celui de personnes vivant avec le VIH/sida qui sont en contact plus ou moins régulier avec le système de soins, puisqu'il s'agit de patients interrogés dans des centres de soins du VIH/sida. Comme cela a été rappelé en introduction de ce chapitre, selon les estimations épidémiologiques, un peu moins des 2/3 des patients éligibles pour le traitement antirétroviral n'avaient pas encore accès à cette prise en charge en 2008 au Cameroun. Cependant, ce que la présente analyse suggère est que les barrières qui persistent dans l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida médicalement éligibles au Cameroun se situent plutôt en amont de la prise en charge ou lors des premiers contacts du parcours de soins. Ces barrières peuvent être liées à un accès insuffisant au test de dépistage du VIH [10], à des difficultés d'orientation des patients se présentant aux centres de dépistage et de conseil vers les centres de prise en charge et de traitement du VIH [40, 41] et, enfin, à des délais conséquents entre le diagnostic du VIH et l'accès au soins [18, 34].

Cependant, même après ajustement sur le délai depuis la connaissance du statut sérologique et du niveau de CD4, l'enquête a identifié un certain nombre de facteurs liés, soit aux caractéristiques individuelles des patients, soit à des goulots d'étranglement dans le système de soins, qui persistent à retarder l'accès au traitement, même pour les personnes vivant avec le VIH/sida qui ont connaissance de leur statut sérologique et qui sont déjà en contact régulier avec le système de soins. La forte proportion de femmes dans l'échantillon EVAL – Anrs 12 116 est liée à la situation épidémiologique au Cameroun : selon les estimations nationales, il existe une proportion plus élevée de femmes que d'hommes dans l'ensemble de la population infectée par le VIH/sida et dans la population éligible au traitement (environ 62 %) [42]. En outre, la couverture nationale antirétrovirale est significativement plus élevée chez les femmes (62,5 % contre 51,1 % pour les hommes). L'enquête EVAL suggère que cette couverture plus faible chez les hommes infectés par le VIH n'est pas seulement due à une plus grande réticence à être dépistés et à recourir aux soins, mais pourrait également être liée à des difficultés supplémentaires pour accéder aux antirétroviraux, en particulier dans les centres de traitement agréés.

Bien sûr, les caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe masculin, un faible niveau d'éducation et un faible revenu, qui ont toutes été trouvées associées à une probabilité plus faible d'accéder au traitement antirétroviral chez les patients éligibles, peuvent, dans une certaine mesure, refléter la variabilité des préférences des patients dans leur volonté d'accéder au traitement. Toutefois, le fait que ces facteurs jouent un rôle dans les centres de traitement agréés, mais pas dans les unités de prise en charge, suggère que les patients de sexe masculin, ainsi que les patients avec un faible statut socio-économique, sont moins susceptibles de voir leurs besoins de traitement dûment reconnus dans les grands hôpitaux qui ont une charge de travail élevée que dans les hôpitaux de districts, qui sont plus proches des communautés locales. Inversement, le fait que les personnes vivant avec le VIH/sida et en couple sans être mariées aient moins accès aux antirétroviraux au niveau du district donne à penser qu'elles font face à des difficultés particulières, en raison de pressions liées à leur environnement social, et peuvent être moins enclines à divulguer leur statut sérologique au sein de la communauté [11].

Certaines limites de l'enquête EVAL – Anrs 12 116, déjà signalées dans les chapitres précédents, ont pu amener à une sous-estimation des difficultés rencontrées par les patients éligibles dans le processus de délivrance des antirétroviraux. Trois des quatre provinces non incluses dans l'étude (Adamoua, Sud et Est) ont les plus bas taux de couverture en antirétroviraux du pays (< 40 %). Les patients sous antituberculeux au moment de l'enquête n'ont pu être inclus dans l'analyse présentée dans ce chapitre, faute de données suffisamment détaillées sur la prise en charge de leur co-infection. Or, il est possible que des difficultés dans l'organisation optimale de la prise en charge du VIH chez les patients co-infectés par la tuberculose aient pu augmenter les délais dans l'accès au traitement antirétroviral de l'infection [1] (voir Chapitre 10). Au Cameroun, la prise en charge de la tuberculose dans le contexte des antirétroviraux se fait sur la base du programme Directly Observed Treatment, Short-Course et les médicaments antituberculeux sont disponibles gratuitement au point de délivrance. Les recommandations thérapeutiques consistent en l'initiation des antirétroviraux dans les deux mois qui suivent le démarrage du traitement antituberculeux. Cependant, des difficultés dans l'approvisionnement

en médicaments antituberculeux associées au défaut d'observance au traitement augmentent le délai dans l'initiation des traitements antirétroviraux chez les patients co-infectés [27, 47]. En outre, plusieurs études ont montré que le traitement antituberculeux chez des patients également VIH-positifs pouvait être moins coût-efficace que de traiter uniquement des personnes VIH-négatives [14, 33].

Par ailleurs, l'obstacle financier dans l'accès aux traitements antirétroviraux a été réduit au Cameroun, avec introduction de leur gratuité, après la réalisation de l'étude EVAL – Anrs 12 116. Au Cameroun, comme dans la plupart des pays africains, les dépenses à la charge des ménages représentent la principale contribution au financement de la santé (environ 70 % des dépenses totales de santé) [46]). Ces dépenses à la charge du patient, associées à une perte de revenu due à la morbidité associée au VIH/sida, constituent souvent un obstacle majeur à l'accès aux antirétroviraux dans les pays à faible revenu [32, 36]. Le maintien d'un recouvrement des coûts au point de délivrance des soins pour avoir accès aux services de prise en charge du VIH/sida et aux traitements a été montré comme nuisible au maintien d'une bonne observance à long terme et à l'efficacité clinique des antirétroviraux dans beaucoup de pays d'Afrique, dont le Cameroun [6, 8, 25, 45]. Au moment de l'enquête EVAL, ces traitements étaient déjà fortement subventionnés au Cameroun, grâce à l'appui de donateurs internationaux, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, mais les patients devaient encore participer au financement d'une partie des coûts des médicaments : cette participation financière représentait par mois 3 000 FCFA (environ 4,5 euros ou 6 dollars) pour la combinaison Triomune[®], et 7 000 FCFA (environ 10,7 euros ou 14 dollars) pour les autres traitements de premières lignes [24]. Ces coûts expliquent en partie, non seulement pourquoi les patients consacraient une part significative de leur revenu aux dépenses de santé dans l'étude EVAL, mais aussi comment ces paiements constituaient un obstacle dans l'accès au traitement pour certains patients non traités, notamment au niveau du district. En mai 2007, le programme national pour l'accès aux antirétroviraux a introduit une nouvelle politique, en garantissant l'accès gratuit à tous les patients éligibles au traitement. Cette politique a déjà contribué à augmenter leur diffusion (entre juin 2007 et juin 2008, le taux national de couverture a augmenté de presque 7 %). Cependant, cette politique ne supprime pas l'ensemble des obstacles financiers, puisque la participation des patients est toujours requise pour les autres composantes des soins (tests de laboratoire, consultations médicales, frais de transport, etc.) [4, 22]. En effet, le fait que les patients non traités mais éligibles aux antirétroviraux dans l'étude EVAL ont tendance à avoir des dépenses de santé plus élevées que ceux traités (à l'exclusion des paiements pour les antirétroviraux) suggère que la persistance des obstacles financiers à l'accès aux traitements ne sera pas totalement vaincue par leur gratuité.

Bien que ces éléments n'aient pas empêché la grande majorité des personnes vivant avec le VIH/sida médicalement éligibles et déjà en contact avec le système de soins d'accéder au traitement au moment de l'enquête EVAL, ils doivent encore être surmontés pour garantir la poursuite du passage à grande échelle du programme camerounais. La nouvelle recommandation de l'OMS (novembre 2009) fixant désormais à 350 cellules/mm³ le niveau de CD4 justifiant le démarrage d'un traitement antirétroviral conduit mécaniquement à une augmentation d'au moins 50 % de la population médicalement éligible et menace d'exacerber

les difficultés mentionnées ci-dessus dans l'accès au traitement de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida dont le statut clinique et immunologique l'exige.

Dans ce contexte, un défi urgent pour assurer l'accès universel aux multithérapies antirétrovirales en Afrique sub-saharienne est de fournir une infrastructure de soins efficace [13]. L'expérience du Cameroun appuie fortement l'idée que la décentralisation de l'accès aux antirétroviraux est une solution efficace pour résoudre ce problème. Cependant, le renforcement des systèmes de santé est encore nécessaire pour surmonter certains obstacles à l'accès aux traitements et, plus important encore, pour garantir la pérennité à long terme de cet accès. Comme cela est suggéré par l'enquête EVAL – Anrs 12 116, les priorités du renforcement des systèmes de santé devraient être adaptées aux problèmes pratiques qui se posent à chaque niveau de décentralisation.

En effet, l'augmentation du nombre de personnes infectées par le VIH et en attente d'une prise en charge au prorata du manque de personnel hautement qualifié peut entraver la possibilité de démarrer le traitement chez des patients éligibles, notamment dans les grands hôpitaux des principales villes du Cameroun [44]. Bien que l'OMS recommande la promotion de la délégation des tâches entre médecins et infirmières au sein des services dédiés au VIH dans les pays aux ressources limitées [37], le Cameroun ne dispose pas encore d'une stratégie nationale bien définie de délégation des tâches dans son programme d'accès aux antirétroviraux et l'initiative sur cette question est laissée à la responsabilité des différentes formations sanitaires, même si elle est désormais recommandée dans les unités de prise en charge de district. Les recommandations sur la délégation des tâches pourraient être particulièrement utiles dans les centres de traitement agréés au niveau central où le nombre de professionnels de santé impliqués dans les soins du VIH et le nombre de patients infectés sont les plus élevés. Au niveau du district, il y a une nécessité de doter toutes les formations sanitaires de l'équipement de laboratoire approprié pour le diagnostic, l'initiation du traitement et le suivi, afin de garder les patients au même endroit [17]. Une solution complémentaire consisterait à promouvoir une utilisation plus optimale des algorithmes simplifiés pour la prise en charge et le traitement du VIH à un niveau plus décentralisé : en conformité avec les recommandations de l'OMS pour le passage à grande échelle des antirétroviraux dans les milieux à faibles ressources, des lignes directrices nationales au Cameroun permettent aux hôpitaux de district sans équipement pour mesurer les taux de CD4 d'initier le traitement, sur la base d'un examen clinique et de la numération lymphocytaire totale [16]. La performance de cette approche de santé publique de l'OMS est actuellement évaluée dans l'essai randomisé élaboré en partenariat avec le ministère de la Santé publique du Cameroun et l'Anrs (Stratall – Anrs 12 120) [24].

Le caractère transversal de l'enquête EVAL – Anrs 12 116 n'a pas permis une analyse approfondie des facteurs dépendant du temps dans l'évaluation du programme national camerounais pour l'accès au traitement antirétroviral. Il reste à voir, à travers la collecte de données longitudinales ou tout au moins par la répétition d'enquêtes transversales en d'autres points dans le temps, en utilisant une méthodologie similaire à EVAL, dans quelle mesure les progrès significatifs obtenus dans l'accès aux antirétroviraux dans ce pays vont se poursuivre pour atteindre une couverture universelle.

Références bibliographiques

1. Ainsworth M, Beyrer C, Soucat A. AIDS and public policy : the lessons and challenges of "success" in Thailand. *Health Policy* 2003 ; 64 : 13-37.
2. Badri M, Bekker LG, Orrell C, Pitt J, Cilliers F, Wood R. Initiating highly active anti-retroviral therapy in sub-Saharan Africa : an assessment of the revised World Health Organization scaling-up guidelines. *Aids* 2004 ; 18 : 1159-68.
3. Barnett T, Whiteside A, Khodakevich L, Kruglov Y, Steshenko V. The HIV/AIDS epidemic in Ukraine : its potential social and economic impact. *Soc Sci Med* 2000 ; 51 : 1387-403.
4. Bernell SL, Shinogle JA. The relationship between HAART use and employment for HIV-positive individuals : an empirical analysis and policy outlook. *Health Policy* 2005 ; 71 : 255-64.
5. Bertozzi S, Gutierrez JP, Opuni M, Walker N, Schwartzlander B. Estimating resource needs for HIV/AIDS health care services in low-income and middle-income countries. *Health Policy* 2004 ; 69 : 189-200.
6. Boyer S, Blanche J, Protopopescu C, Bonono CR, Marcellin F, Ongolo-Zogo P, *et al.* Impact of the structural characteristics of healthcare supply in antiretroviral treatment interruption in Cameroon. In. Mexico City, Mexico : *XVII International AIDS Conference* 3-8 August 2008.
7. Boyer S, Marcellin F, Ongolo-Zogo P, Abega S, Nantchouang R, Spire B, Moatti J. Financial difficulties in accessing HIV care in Yaoundé, Cameroon : first results from the national cross-sectional survey EVAL-Anrs 12 116. *Bulletin World Health Organization* 2009 ; 87 : 279-87.
8. Braitstein P, Brinkhof MW, Dabis F, Schechter M, Boule A, Miotti P, *et al.* Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy : comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006 ; 367 : 817-24.
9. Chadborn TR, Baster K, Delpech VC, Sabin CA, Sinka K, Rice BD, Evans BG. No time to wait : how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late and consequently die ? (England and Wales, 1993-2002). *Aids* 2005 ; 19 : 513-20.
10. De Cock KM, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent : public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet* 2002 ; 360 : 67-72.
11. Desclaux A, Ciss M, Taverne B, Sow PS, Egrot M, Faye MA, *et al.* Access to antiretroviral drugs and AIDS management in Senegal. *Aids* 2003 ; 17 Suppl 3 : S95-101.
12. Direction de la statistique et de la comptabilité nationale. Enquête à indicateurs multiples, 2000 (MICS 2000). DSCN, ministère de l'Économie et des Finances. Yaoundé, Cameroun, 2001.
13. Dunne M. Antiretroviral drug development : the challenge of cost and access. *Aids* 2007 ; 21 Suppl 4 : S73-79.
14. El-Sony AI. The cost to health services of human immunodeficiency virus (HIV) co-infection among tuberculosis patients in Sudan. *Health Policy* 2006 ; 75 : 272-9.
15. Fortson JG. The gradient in sub-Saharan Africa : socioeconomic status and HIV/AIDS. *Demography* 2008 ; 45 : 303-22.
16. Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, Gove S, Perriens J, Souteyrand Y, *et al.* The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet* 2006 ; 368 : 505-10.

17. Gimbel-Sherr SO, Micek MA, Gimbel-Sherr KH, Koepsell T, Hughes JP, Thomas KK, *et al.* Using nurses to identify HAART eligible patients in the Republic of Mozambique : results of a time series analysis. *Hum Resour Health* 2007 ; 5 : 7.
18. Girardi E, Sabin CA, Monforte AD. Late diagnosis of HIV infection : epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 ; 46 Suppl 1 : S3-8.
19. Gruenais M, (Éd). *Changing a health system : the case of Cameroon*. Euro-African Association for the Anthropology of Social Change and Development. APAD Report n° 21, Paris, 2002.
20. Hardon AP, Akurut D, Comoro C, Ekezie C, Irunde HF, Gerrits T, *et al.* Hunger, waiting time and transport costs : time to confront challenges to ART adherence in Africa. *AIDS Care* 2007 ; 19 : 658-65.
21. Institut national de la statistique. *Deuxième enquête camerounaise auprès des ménages en 2001 (ECAM II 2001) – Conditions de vie des populations et profil de pauvreté au Cameroun en 2001 – Rapport principal de l'enquête* [in French]. INS, Ministère de l'Économie et des Finances, République du Cameroun. Yaoundé, Cameroun, 2002.
22. Joy R, Druyts EF, Brandson EK, Lima VD, Rustad CA, Zhang W, *et al.* Impact of Neighborhood-Level Socioeconomic Status on HIV Disease Progression in a Universal Health Care Setting. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008 ; 47 : 500-5.
23. Katzenstein D, Laga M, Moatti JP. The evaluation of the HIV/AIDS drug access initiatives in Cote d'Ivoire, Senegal and Uganda : how access to antiretroviral treatment can become feasible in Africa. *Aids* 2003 ; 17 Suppl 3 : S1-4.
24. Koulla-Shiro S, Delaporte E. The public health approach to antiretroviral treatment : the case of Cameroon. In *The political Economy of HIV/AIDS in developing countries (TRIPS, public health systems and free access)*, Coriat B, Éd. Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2008, p. 259-271.
25. Laniece I, Ciss M, Desclaux A, Diop K, Mbodj F, Ndiaye B, *et al.* Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults. *Aids* 2003 ; 17 Suppl 3 : S103-08.
26. Lawn SD, Myer L, Orrell C, Bekker LG, Wood R. Early mortality among adults accessing a community-based antiretroviral service in South Africa : implications for programme design. *Aids* 2005 ; 19 : 2141-8.
27. Lawn SD, Wood R. Impact of antituberculosis treatment on virological response to highly active antiretroviral therapy : implications for resource-limited settings ? *J Infect Dis* 2006 ; 194 : 1467-8 ; author reply 1468.
28. Lawn SD, Myer L, Bekker LG, Wood R. Tuberculosis-associated immune reconstitution disease : incidence, risk factors and impact in an antiretroviral treatment service in South Africa. *Aids* 2007 ; 21 : 335-341.
29. Marcellin F, Boyer S, Protopopescu C, Carrieri MP, Ongolo-Zogo P, Abega SC, *et al.* Risk of antiretroviral treatment interruption among people living with HIV in Yaoundé, Cameroon (EVAL survey Anrs 12-116) : determinants, recommendations and possible interventions. *Tropical Medicine and International Health*. 2008 ; 13 : 1470-8.
30. Marcellin F, Abe C, Loubiere S, Boyer S, Blanche J, Koulla-Shiro S, *et al.* Delayed first consultation after diagnosis of HIV infection in Cameroon : results from the EVAL survey (Anrs 12-116). *Aids* 2009 ; 23 : 1015-9.
31. Ministry of Public Health & National AIDS Control Committee. *Towards universal access to care and treatment for adults and children living with HIV/AIDS in Cameroon* [in French]. Progress Report n° 13. Yaoundé, Cameroon, 2009.

32. Mukherjee JS, Ivers L, Leandre F, Farmer P, Behforouz H. Antiretroviral therapy in resource-poor settings. Decreasing barriers to access and promoting adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 ; 43 Suppl 1 : S123-126.
33. Murray CJ, DeJonghe E, Chum HJ, Nyangulu DS, Salomao A, Styblo K. Cost effectiveness of chemotherapy for pulmonary tuberculosis in three sub-Saharan African countries. *Lancet* 1991 ; 338 : 1305-8.
34. Person AK, Ramadhani HO, Thielman NM. Antiretroviral treatment strategies in resource-limited settings. *Curr HIV/AIDS Rep* 2007 ; 4 : 73-9.
35. Rosen S, Fox MP, Gill CJ. Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa : a systematic review. *PLoS Med* 2007 ; 4 : e298.
36. Rosen S, Kethhapile M, Sanne I, DeSilva MB. Cost to patients of obtaining treatment for HIV/AIDS in South Africa. *S Afr Med J* 2007 ; 97 : 524-9.
37. Samb B, Celletti F, Holloway J, Van Damme W, De Cock KM, Dybul M. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 2510-4.
38. Sow PS, Otieno LF, Bissagnene E, Kityo C, Bennink R, Clevenbergh P, *et al.* Implementation of an antiretroviral access program for HIV-1-infected individuals in resource-limited settings : clinical results from 4 African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 ; 44 : 262-7.
39. Susman E. Botswana gears up to treat HIV patients in Africa's largest program. *Aids* 2004 ; 18 : N1-2.
40. Tantchou Yakam J. New actors in the fight against HIV/AIDS : overlapping and competition between existing structures [in French]. *Med Trop* 2008 ; 68 : 300-5.
41. Tantchou-Yakam J, Gruenais M. Involving new actors to achieve ART scaling up : difficulties in an HIV/AIDS testing and counselling centre in Cameroon. *Intl Nurs Rev* 2009 ; 56 : 50-7.
42. UNAIDS. *Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Cameroon 2006 update.* UNAIDS, Geneva, 2006.
43. UNAIDS. *Report on the global AIDS epidemic.* UNAIDS, Geneva, 2008.
44. Vassall A, Compernelle P. Estimating the resource needs of scaling-up HIV/AIDS and tuberculosis interventions in sub-Saharan Africa : a systematic review for national policy makers and planners. *Health Policy* 2006 ; 79 : 1-15.
45. Weiser S, Wolfe W, Bangsberg D, Thior I, Gilbert P, Makhema J, *et al.* Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003 ; 34 : 281-8.
46. WHO. Working together for health. In *The World health Report 2006.* Geneva, 2006.
47. Wood R. The case for integrating tuberculosis and HIV treatment services in South Africa. *J Infect Dis* 2007 ; 196 Suppl 3 : S497-499.



Chapitre 6

La décentralisation de l'accès au traitement du VIH/sida : directives internationales, logiques fonctionnelles et transferts de compétences

Fred EBOKO, Sylvie BOYER, Luc SINDJOUN, Paul Nchoj NKWI, Patrice BIGOMBE LOGO, Mathias Eric OWONA-NGUINI

Le système de santé du Cameroun s'est construit sur le triple héritage de sa tutelle coloniale, allemande, britannique et surtout française¹. De l'indépendance du pays en 1960 jusqu'au changement de la constitution en 1996, ce système de santé s'est bâti dans la dynamique d'un état centralisé et soucieux du contrôle territorial de son « équilibre ethno-régional ». Ce souci de régulation politique et administrative, puis d'équité régionale, a constitué le fondement de la déconcentration de tous les ministères et secteurs de l'action publique, dont la santé constitue un pôle essentiel. Comme pour les autres secteurs ministériels, une délégation régionale de la santé publique reçoit un transfert partiel des pouvoirs de la part de l'autorité de tutelle. Dans le même temps, le système de santé du Cameroun s'est aussi inspiré et nourri de directives internationales, notamment celles recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS/WHO), en particulier par sa représentation « régionale » en Afrique. Parmi ces directives, celles qui, depuis la Conférence d'Harare en 1987, consacrent le « district de santé » en « unité de base du système de santé » constituent un élément de régulations sanitaire et administrative important.

Le présent chapitre questionne les liens entre ce système de santé, qui a connu une mutation profonde du fait à la fois de la crise socio-économique qui a transformé le pays depuis la fin des années 1980 et de son évolution institutionnelle vers une décentralisation des soins au niveau du district, et la diffusion de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida. La prise en charge des patients infectés par le VIH sous médicaments antirétroviraux s'effectue au Cameroun uniquement dans des formations sanitaires qui préexistaient à la pandémie du sida ou, pour les plus récentes, dont la création n'a pas été motivée à l'origine par la lutte contre le sida. Cette particularité différencie le Cameroun d'autres pays eux aussi

¹ Sous l'appellation de « Kamerun », le pays a été une colonie allemande, de 1884 à 1916. Suite à la défaite allemande lors de la Première Guerre mondiale, le pays est devenu un protectorat franco-britannique, puis un territoire sous mandat de la Société des Nations, administré par la France (90 % du territoire) et la Grande Bretagne (10 %) jusqu'à l'indépendance du pays en 1960. Par voie de référendum, en 1961, la majorité de la partie anglophone (le « Cameroun occidental ») a rejoint la partie francophone (le « Cameroun oriental ») pour former ensemble la République fédérale du Cameroun. En 1972, un autre référendum réunit les deux états fédérés pour former la « République unie du Cameroun ». Avec l'accession au pouvoir du président Paul Biya en 1982, le pays deviendra tout simplement la « République du Cameroun » telle qu'elle est connue à ce jour.

concernés par la dynamique du « passage à l'échelle » de l'accès au traitement antirétroviral. Ces pays connaissent des difficultés qui peuvent être de nature différente : les obstacles relèvent, soit de l'ampleur du choc épidémiologique, comme c'est le cas de l'Afrique du Sud [13], soit il s'agit de pays ayant connu des crises politiques et/ou économiques qui ont restreint le déploiement progressif du maillage sanitaire sur leurs territoires, avec, en sus, un déficit structurel en personnels soignants, comme l'illustre l'exemple du Burundi [16].

Comme cela a été montré dans des chapitres précédents, le processus progressif de décentralisation de l'accès aux soins contre le VIH/sida dans les dix régions que compte le pays est consubstantiel à l'architecture du système de santé et aux directives internationales qui l'ont successivement réorienté. La décentralisation du système de santé camerounais [6] a facilité et conditionné les modalités de l'organisation structurelle d'accès aux traitements antirétroviraux. De la même manière, cette décentralisation de l'accès à ces traitements se heurte aux limites du fonctionnement du système de santé lui-même.

Des injonctions internationales contradictoires

Après deux décennies de croissance et d'une redistribution socio-économique, le Cameroun a connu une récession profonde de 1985 à 1995. Cette période de crise économique a été contemporaine de la mise en œuvre d'une série de directives internationales parallèles, mais dont la logique n'était pas forcément cohérente, car émanant d'institutions différentes. Cela concerne aussi bien les dix premières années du programme national de lutte contre le sida, inspiré des recommandations du Global Programme on AIDS de l'OMS que les grandes directives de la même organisation internationale, souvent appuyée par la Banque mondiale pour la réforme du système de santé camerounais. La même période (1985-1995) voit l'état camerounais soumis aux programmes d'ajustement structurel proposés et accompagnés par les institutions de Breton-Woods. Ces programmes ont comme objectif de restaurer les grands équilibres de la comptabilité nationale et comme modalités le gel des recrutements dans la fonction publique et une réduction drastique des salaires en 1993 qui ampute le pouvoir d'achat des fonctionnaires de plus de 2/3 [1].

C'est donc une dynamique contradictoire qui traverse l'état camerounais confronté à l'épreuve du sida. D'un côté, il s'agit d'un état que les directives du Fonds monétaire international privent de ses capacités de régulation et, surtout, de ressources humaines, en qualité comme en quantité. Ainsi, la décennie 1980-1990, qui voit l'expansion rapide de l'épidémie de VIH/sida (0,5 % en 1988, 7 % en 1998, suivant les chiffres issus des enquêtes sentinelles de l'époque), est celle où le budget consacré à la santé par le gouvernement du Cameroun a connu une chute importante. Stable en volume jusqu'en 1992-1993, cette part du budget de l'État dédiée à la santé est passée de 5,21 % en 1992-1993 à 2,58 % en 1997-1998 [10]. De l'autre côté, le système de santé du Cameroun est fortement poussé par les institutions internationales à engager des actions dans une double direction : la décentralisation de l'offre de soins et la mise en place d'un programme national de lutte contre le sida.

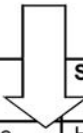
Dans ce chapitre, qui complète par une approche qualitative et de sociologie politique les éléments présentés dans les chapitres précédents, nous nous interrogeons sur la façon dont la décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral

a été prise en quelque sorte « entre deux feux » : celui de la « désétatisation globale » liée aux contraintes des programmes d'ajustement structurel d'une part, et celui de « la rebureaucratisation sectorielle » induite par les financements internationaux « verticaux » de la lutte contre le sida, d'autre part [1, 7, 8, 10].

Décentralisation géographique et décentralisation fonctionnelle

Comme on l'a déjà décrit dans le chapitre 3 et que reprend la *figure 1*, la diffusion du traitement antirétroviral s'est appuyée sur la réorganisation du système de santé entamée précédemment autour de la promotion du district de santé, dans la perspective de la rationalisation du dit « système de santé ». Dans cette optique, rappelons que c'est un décret présidentiel de 1995 qui organise la mise en œuvre du district de santé sur le territoire national, dans la logique de la Conférence d'Harare.

Programmes verticaux



Niveaux	Structures administratives	Compétences	Structures de soins
Central	Services centraux	Direction politique, élaboration des politiques et des stratégies	Hôpitaux généraux CTA*
Intermédiaire	Délégations régionales	Appui technique aux districts et programmes	Hôpitaux provinciaux CTA
Périphérique	District de santé/ Aire de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de districts (UPEC**), centres médicaux d'arrondissement (CMA), centres de santé

* Centres de traitement agréés pour la délivrance du traitement antirétroviral.

** Unités de prise en charge pour la délivrance du traitement antirétroviral.

Figure 1
Pyramide sanitaire du Cameroun et structures de délivrance du traitement antirétroviral
Source : R. Okalla et A. Le Vigouroux [11]

Bien que la notion de décentralisation soit assez labile, deux registres concernent la politique de décentralisation du système de santé lancée au Cameroun depuis la fin des années 1980 : la décentralisation dite géographique, que promeut la Constitution de décembre 1996, et la décentralisation dite fonctionnelle, qui correspond au processus de délégation des compétences illustré par le système de santé camerounais. La décentralisation géographique procède d'abord d'une volonté politique et implique le transfert de « *la responsabilité des grandes fonctions publiques à des organismes locaux ayant compétence sur un territoire bien défini (...)* Cela débouche sur la création de collectivités territoriales autonomes et dirigées par des autorités élues. C'est de cela dont il s'agit normalement lorsqu'on évoque les réformes de décentralisation » [9]. Cette aspiration est en projet au Cameroun, avec, notamment, la création future d'un sénat

et la mise en œuvre actuelle des régions, qui remplacent les provinces et qui seront dirigées par des autorités élues. Pour l'heure, les seules autorités élues dont le travail concerne peu ou prou la décentralisation sont les députés de l'Assemblée nationale et les maires. Pour autant, les uns comme les autres n'ont, en revanche, aucune fonction institutionnelle, liée à leur mandat d'élus, dans l'architecture de la lutte contre le sida. Soucieux de construire son « unité nationale », en dépit des forces ethno-régionales supposées centrifuges [2, 15], l'état camerounais s'était plutôt appuyé, depuis son indépendance en 1960, sur une déconcentration qui consiste à transférer dans chaque province la responsabilité des grandes fonctions publiques à des organismes locaux (les délégations provinciales et départementales pour certains secteurs). Ces délégations bénéficient d'un transfert partiel de l'autorité administrative sise au ministère central [9]. Pour ce qui concerne la décentralisation du système de santé, elle a bien relevé jusqu'à présent, comme pour tous les secteurs ministériels, d'une logique de délégation administrative. Il s'agit d'une décentralisation fonctionnelle, définie comme étant le « *transfert d'autorité d'une fonction particulière, à un bureau local spécialisé* », qui peut, selon le plus ou moins grand degré d'autonomie conféré à cet échelon local par rapport à l'autorité centrale, prendre la forme de « *la déconcentration, la dévolution, la délégation et la privatisation* » [9].

La décentralisation du système de santé camerounais, comme pour tous les autres domaines relevant de l'État d'ailleurs, prend surtout la forme la moins poussée, celle d'une déconcentration, c'est-à-dire « *d'un transfert partiel de l'autorité administrative aux bureaux locaux d'un ministère central* » [9]. C'est cette forme qui a présidé à la mise en place de services de soins agréés pour la délivrance du traitement antirétroviral jusqu'au niveau du district de la pyramide sanitaire. Cependant, comme nous allons le montrer, d'autres modalités plus poussées de décentralisation tendent à apparaître sous l'effet de l'implication différentielle des partenaires internationaux et de leur répartition sur le territoire camerounais, au gré de choix la plupart du temps extérieurs à la politique de santé nationale. Affaibli par le désarroi économique, social et politique qui l'avait frappé au cours de la décennie 1990 [11], l'état camerounais a davantage laissé ces partenaires internationaux choisir les lieux et les modalités de leurs interventions qu'il ne les a orientés et encore moins coordonnés [3].

Les résultats de l'enquête quantitative EVAL – Anrs 12 116, présentés dans les chapitres précédents, ont bien montré en quoi l'accès au traitement antirétroviral a pu bénéficier, avec succès, de la décentralisation pré-existante du système de santé et en relancer certains aspects. En même temps, l'enquête montre comment les faiblesses persistantes du programme national d'accès sont celles du système de santé camerounais dans son ensemble. Dans la suite de ce chapitre, nous voudrions montrer, à partir d'une approche qualitative conduite en parallèle sur certains des sites où se déroulait également l'enquête EVAL², comment la

² Les enquêtes qualitatives du projet POLART – Anrs 12 120 se sont déroulées dans trois régions : le littoral, l'extrême-Nord et l'Ouest. Dans ces régions, nous avons interviewé : les délégués provinciaux (rebaptisés délégués régionaux) de la santé publique ou leurs représentants ; les coordinateurs des groupes techniques provinciaux (rebaptisés groupes techniques régionaux), les directeurs de toutes les formations sanitaires dans lesquelles nous intervenions. Il s'agit, pour le littoral, à Douala, des formations sanitaires suivantes : l'Hôpital de district de Nylon, l'Hôpital de district de Bonassama, le Centre médical d'arrondissement de Congo II. Pour l'extrême-Nord, notre enquête a concerné : l'Hôpital provincial/régional de Maroua, l'Hôpital de district de Kaélé et l'Hôpital de la Fondation suisse de Petté. À l'Ouest, notre travail a concerné : l'Hôpital provincial/régional de

logique nationale de décentralisation peut se heurter à des difficultés de coordination avec les différentes initiatives internationales qui prolifèrent sur le terrain. Dans le cadre de l'accès au traitement antirétroviral, ce déficit de coordination peut avoir des conséquences négatives, notamment en matière d'information des différents acteurs sur l'offre de soins et de régulation des parcours des patients au sein des formations sanitaires. Deux exemples nous permettront d'illustrer la variabilité des configurations qui émergent lorsque le processus local de décentralisation se trouve directement impacté par une initiative d'origine internationale.

Initiatives internationales et décentralisation : une géométrie variable

L'intervention de Médecins sans frontières (MSF) suisse au sein de l'Hôpital de district du quartier Nylon (unité de prise en charge) dans la ville de Douala fournit une première illustration. MSF avait initié un programme de formation des personnels et de suivi des patients mis sous antirétroviraux dès 2001 (projet Pretivi). Lorsque la diffusion de ces traitements s'est imposée au Cameroun, à partir de 2005, cette formation sanitaire avait donc quatre années d'avance sur la majorité des autres structures de soins de la capitale économique.

L'émergence progressive des autres unités de prise en charge et centres de traitement agréés à Douala n'a pas empêché la « saturation » ressentie par les responsables et le staff médical de cet hôpital. Celui-ci est un des premiers à avoir dépassé la barre symbolique des 1 000 patients traités par antirétroviraux dès 2005-2006, et ce chiffre approchait les 2 000 fin 2007. De l'autre côté du pont du Wouri, qui sépare la ville de Douala en deux rives, l'unité de prise en charge de l'Hôpital de district de Bonassama comptait, au même moment, moins d'une centaine de patients. Le directeur de l'Hôpital de Nylon notait que près de 20 % de leurs patients sous antirétroviraux provenaient des quartiers proches de l'Hôpital de Bonassama. Nous avons interrogé les différents responsables des deux hôpitaux et celui de MSF. Le directeur de Nylon disait : « *Nous sommes saturés par l'afflux des patients. On n'a pas que le VIH à traiter, il y a les grossesses et les pathologies de tous les jours.* » Le responsable de MSF de l'époque ignorait pratiquement l'activité de l'unité de prise en charge de Bonassama : « *ils n'ont pas de patients, je ne sais pas si c'est une structure qui fonctionne* ». Dans l'hôpital en question, le médecin-chef soulignait de son côté qu'elle était prête, comme tout son staff, à augmenter son activité : « *On peut atteindre mille patients sans problème, on a tout ce qu'il faut : le personnel est formé, motivé. Nous sommes prêts à atteindre les objectifs fixés par le ministre*³. » Au cours de l'année 2008, la croissance de la file active de l'unité de prise en charge de Bonassama a été rapide et s'est approchée de cet objectif du millier de patients.

À la fin 2008, après plusieurs reports, MSF s'est officiellement désengagé du site de Nylon, après huit années au cours desquelles cette ONG a formé

Bafoussam, l'Hôpital de district de Dschang, l'Hôpital de district de Mbouda et l'Hôpital de district de Foumban. Dans chacune de ces provinces (régions dans la terminologie actuelle), nous avons procédé à des entretiens avec des patients : 81 à l'extrême-Nord, 50 à l'Ouest et une vingtaine à Douala (littoral). L'enquête quantitative EVAL – Anrs 12 116 a concerné sept régions du Cameroun, dont les trois concernées par POLART- Anrs 12 120.

³ Entretiens réalisés en janvier 2006.

31 médecins, 53 infirmiers et 52 conseillers psychosociaux. En définitive, et même si le partenaire international n'a pas directement été impliqué dans ce processus, voire l'a ignoré, c'est la décision, concertée entre les responsables des districts de santé de la ville de Douala, de créer une autre unité de prise en charge à proximité de celle de Nylon, qui a permis de trouver un équilibre local dans l'offre de soins pour le traitement antirétroviral et de gérer le désengagement progressif du programme d'aide bilatéral. Le problème crucial posé ici est celui de la pérennisation des actions et projets des ONG internationales ou des projets bilatéraux du même type, surtout lorsque ceux-ci interviennent de façon exogène à la dynamique nationale de décentralisation.

Dans le second exemple, celui de l'Hôpital de la Fondation suisse à Petté, dans la province de l'extrême Nord, l'apport de l'aide internationale privée (donateurs français et helvétiques) a permis l'approfondissement du processus de décentralisation. Cet hôpital, créé il y a plus de 30 ans par la femme médecin qui le dirige encore à ce jour, dispose d'une réelle autonomie financière, puisqu'il reçoit des financements en provenance de partenaires privés suisses et français. Cela lui permet de recruter du personnel, d'en assurer la formation continue et d'équiper l'hôpital. Cet hôpital a pris très tôt l'initiative de dispenser des antirétroviraux aux patients infectés par le VIH/sida ; c'est une des rares formations sanitaires de la région qui parvient, par ses réseaux propres d'approvisionnement, à déjouer les ruptures de stocks de médicaments. La qualité des soins prodigués a été reconnue par le ministère de la Santé, qui lui a accordé, à partir de 2005, un statut de centre de traitement affilié. Son inscription géographique et sociale au sein d'une communauté et d'une commune géographiquement très enclavées, en saisons des pluies notamment, a conféré à cet hôpital un poids important dans la vie locale où il ajoute à son rôle sanitaire un rôle socio-économique (soutien et formations pour des activités génératrices de revenus). Cela n'est pas allé sans tensions initiales avec les autorités de tutelle au niveau de la délégation provinciale de la santé, par exemple lorsque la directrice de l'hôpital a refusé d'accepter l'affectation des agents de relais communautaires envoyés par l'État et financés sur des fonds internationaux : « *Que voulez-vous que je fasse de quatre agents qui ne connaissent pas la commune, qui ne connaissent personne ici ? En quoi vont-ils m'aider ? Il faudra les former, alors que j'ai 80 jeunes du village que j'ai formés et qui peuvent être réunis dans la cour de l'hôpital en quelques heures.* »

Le succès de la prise en charge des patients sous antirétroviraux, notamment le faible nombre de perdus de vue, la diversité de son offre technique de soins (maternité, chirurgie, ophtalmologie, etc.) ont valu à cet hôpital d'être finalement érigé, en 2008, par les autorités provinciales et nationales, en hôpital de district, ce qui est rare pour une structure non publique. Cette formation sanitaire rajoute donc à ses activités officielles la prévention, les soins de santé primaires et l'offre de soins tels qu'ils sont conçus au niveau international pour un district de santé. Dans ce cas précis, l'État a trouvé le moyen de mettre à profit des ressources qui ne sont pas les siennes au bénéfice du service public, en consentant un véritable processus de dévolution d'une partie de son autorité, celle-ci consistant « *dans la création ou le renforcement de niveaux administratifs infra-nationaux qui bénéficient d'une large indépendance vis-à-vis de l'échelon national* » [9].

La conception des programmes de lutte contre le sida, depuis 1986 au niveau international, puis le caractère polyarchique actuel des institutions multilatérales

(ONUSIDA, Fonds mondial, OMS, etc.) ou bilatérales à caractère « global » (le President Emergency Plan for AIDS and Relief américain, par exemple) permettent de présenter la question du sida en Afrique comme un exemple-type de l'articulation du global et du sectoriel.

L'analyse de l'action publique contre le sida montre que la forte prégnance de contraintes externes ne signifie pas forcément une absence de marge de manœuvre ou un retrait des autorités nationales [4, 5]. Elle oriente sur une relecture rendant compte du fait que, en dépit de possibilités limitées d'agir sur les structures d'ordre global, les acteurs nationaux et locaux disposent d'une réelle capacité de redéfinition des méthodes d'action, des processus de formalisation des stratégies, et des techniques et des moyens de mobilisation des ressources. La position des hautes administrations nationales (mêlant reformulation, hybridation et dérivation) en témoigne. Il est utile, pour comprendre cette adaptabilité produite par les « consensus contradictoires » [12] auxquels sont confrontés ces acteurs administratifs en matière d'action publique, de distinguer leurs différents attributs et fonctions. Il s'agit notamment de différencier leur capacité à exercer un pouvoir et celle de maîtriser une autorité régulatrice (très concrètement, maîtriser une action publique de sa conception à son évaluation). Cette distinction permet de comprendre comment la capacité régulatrice de l'État peut s'éroder, alors que son pouvoir demeure et ne fait que se redéployer. Dans ce registre, l'exemple du Cameroun montre comment le maillage sanitaire, certes imparfait, du système de santé du pays a permis l'adhésion aux normes internationales, de la Conférence d'Harare à la dynamique du Fonds mondial, en passant par les incitations de la Banque mondiale, sans contrarier les problématiques nationales de décentralisation. Au contraire, la décentralisation du traitement anti-rétroviral au Cameroun peut permettre à ses autorités d'enrichir la réflexion et la pratique de décentralisation géographique en cours. Cela permettra, par exemple, d'envisager une répartition équitable des ressources de la décentralisation ou de comprendre la place de la standardisation de la formation des différents personnels. Reste la question de « l'autonomie » des régions, qu'appelle la Constitution de 1996, au sein d'un État soucieux, à juste titre, depuis cinquante ans « d'intégration nationale ». Tout l'enjeu de cette combinaison de décentralisations (géographique et fonctionnelle) réside dans un jeu d'équilibre entre délégation de compétences et régulation de l'état central pour assurer deux critères cruciaux de l'action publique : la coordination et l'équité.

Le programme d'accès au traitement antirétroviral montre une construction administrative et sanitaire qui a assimilé les recommandations internationales, non pas comme des contraintes exogènes, mais comme le prolongement des activités et de la synergie des autorités biomédicales engagées dans la lutte contre le sida depuis les années 1990. La décentralisation a été rendue possible par un processus de légitimation de ces réseaux trans-nationaux de professionnels de la santé publique, camerounais et occidentaux. L'ouverture en cours vers une décentralisation géographique, avec la possibilité théorique d'une plus grande autonomie politique des régions, pourrait cependant provoquer quelques tensions. En effet, les « élites locales », dans leur rôle de promotion de la vie sociale de leurs concitoyens et électeurs, pourraient intervenir pour renforcer la prise en charge des patients au niveau local, comme le souhaitent certains médecins de district au niveau des communes rurales, qui argumentent que le dénuement matériel de leurs hôpitaux pourrait trouver des solutions locales (achat d'un cytomètre, par exemple, qui réduirait le temps du rendu des examens

biologiques). Cela pourrait creuser les inégalités entre régions riches et régions pauvres.

Par ailleurs, les dynamiques de réseaux de médecins sur lesquelles s'appuie la décentralisation fonctionnelle de l'accès au traitement antirétroviral pourrait être contrariée par l'intervention de responsables politiques faisant valoir leurs mandats électifs dans le champ de la lutte contre le sida (sénateurs, députés, maires, conseillers municipaux et régionaux, etc.), avec peu d'expertise en santé publique. Ces risques théoriques, qu'il faut souligner, semblent néanmoins peu susceptibles de nuire à l'institutionnalisation de la prise en charge des patients au niveau des régions, en raison de la prééminence accordée au Cameroun aux personnalités nommées par le chef de l'État ou par ses ministres, à savoir tous les postes qui fondent la filière publique de la santé. C'est sans doute par le rôle politique que détient toute personnalité « nommée » par décret que le Cameroun pourra maintenir ou promouvoir la décentralisation de toutes les politiques publiques d'inspiration internationale. Dans ce registre, c'est la figure du Président de la République qui constitue le point d'ancrage et d'équilibre, en dépit de la diversification de l'offre et des compétitions politiques liées au multipartisme à l'œuvre depuis décembre 1990 : « *Affirmer la centralité de l'institution présidentielle dans une conjoncture critique, dans un contexte de crise de légitimité (...) relève d'une prise en considération de la complexité du jeu politique. Par-delà les clivages partisans, les acteurs dominants et dominés s'accordent dans une certaine mesure sur la prééminence du rôle présidentiel* » [14].

Cette hypothèse du « consensus présidentiel dans la classe politique camerounaise » ne saurait masquer les tensions inhérentes à la libéralisation de la vie politique, comme dans tout univers aspirant à l'idéal démocratique universel, mais elle nous montre sans doute deux niveaux compatibles de décentralisation. Ils pourraient maintenir l'accès au traitement antirétroviral dans un équilibre politique, social et sanitaire stable, en impliquant les élus (sénateurs et maires) dans un registre consultatif au sein des groupes techniques régionaux. Ce serait un moyen d'impliquer des acteurs dont la présence est aussi un gage de légitimation et d'accélération de l'action publique, une manière efficace de démocratiser, sans l'altérer, la lutte contre le sida et, en particulier, l'accès au traitement antirétroviral à l'échelon des collectivités locales et des districts. Jusqu'à présent, l'urgence nationale et les enjeux internationaux rendaient ce type d'appréhensions un peu superflu. Les changements politiques et sociaux en cours, du niveau mondial à l'échelle locale, en passant par le centre régulateur qu'est l'État, transforment peut-être ces préoccupations en réflexions désormais anticipatrices.

Références bibliographiques

1. Aerts JJ, Cogneau D, Herrera J, de Monchy G, Roubaud F. *L'économie camerounaise. Un espoir évanoui*. Karthala, Paris, 2000.
2. Eboko F. Les élites politiques au Cameroun : le renouvellement sans renouveau ?, In Daloz JP, Éd. *Le (non-)renouvellement des élites en Afrique sub-saharienne*. CAN, Bordeaux, 1999, p. 99-133.
3. Eboko F. Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun », In Fay C, Éd. *Autrepart. Le sida des autres*, n° 12, 1999, p. 123-140.
4. Eboko F. Patterns of Mobilization. Political Culture in the Fight Against AIDS. A Comparative Approach, In Patterson A, Éd. *The African States and the AIDS Crisis*, Ashgate Publishers, Aldershot, 2005, p. 37-58.
5. Eboko F, Owona Nguini M, Enguéguelé M. Cameroun, Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique. *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique* (Québec) 2009 ; 15(2) : 52-67.
6. Gruénais ME, Éd. *Un système de santé en mutation. Le cas du Cameroun*. Bulletin de l'APAD, n° 21, 2001.
7. Kamdoum A. *Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun*. Les Dossiers du Ceped, Paris, 23, 1994, 37 p.
8. Médard JF. Étatisation et désétatisation en Afrique noire, In Médard JF, Éd. *États d'Afrique noire. Formations, mécanismes et crises*. Karthala, Paris, 1992, p. 355-365.
9. Médard JF Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun, In, Gruénais ME, Éd. *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*. Le bulletin de l'APAD, n° 21, 2001, 2006, <http://apad.revues.org/document35.html>.
10. Ministère de la Santé publique. *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du Cameroun 1999-2008*. 1996, multigr, p. 6.
11. Okalla R, Le Vigouroux A. Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaire au plan national de développement sanitaire, In Gruénais ME, Éd. *Un système de santé en mutation. Le cas du Cameroun*. Bulletin de l'APAD, n° 21, 2001.
12. Palier B, Surel Y. Les trois I et l'analyse de l'État en action. *Revue française de science politique* 2005 ; 55(1) : 7-32, 29.
13. Schneider H, Blaauw D, Gilson L, Chabikuli N, Goudge J. Health Systems and Access to Antiretroviral Drugs for HIV in Southern Africa : Service Delivery and Human Resources Challenges. *Reproductive Health Matters* 2006 ; 14(27) : 12-23.
14. Sindjoun L, *Le Président de la République du Cameroun (1982-1996). Les acteurs et leur rôle dans le jeu politique*, Bordeaux, Centre d'Étude d'Afrique Noire, coll. Travaux et Documents, 1996, n° 50, p. 39.
15. Sindjoun L. *L'État ailleurs*. Karthala, Paris, 2000.
16. Spiegel PB. The effects of antiretroviral therapy on HIV prevalence in conflict situations: not yet there. *AIDS* 2009 ; 23 : 541-2.



Chapitre 7

Du passage à l'échelle à la gratuité

Les politiques d'acquisition et de distribution des médicaments antirétroviraux dans le contexte de la décentralisation au Cameroun

Mamadou CAMARA, Cristina D'ALMEIDA, Marie-José ESSI, Benjamin CORIAT¹

À partir des années 2000, la lutte contre le sida dans les pays en développement a connu une accélération majeure. L'effet conjugué de la baisse des prix des médicaments antirétroviraux sur le marché mondial et de la montée en puissance des financements internationaux explique pour l'essentiel cette situation nouvelle. C'est dans ce contexte que le Cameroun, pays d'Afrique sub-saharienne, où la prévalence de l'infection à VIH dépasse les 5 % de la population adulte², s'est engagé à son tour dans une politique active de passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida, fondée notamment sur une décentralisation de la prise en charge (voir Chapitres 1 et 3). Nous nous efforçons ici de présenter les traits essentiels de la politique suivie dans les deux domaines de l'acquisition et de la distribution des antirétroviraux au Cameroun. L'investigation repose sur une méthodologie combinant l'étude de la législation et des textes officiels, une analyse bibliographique et des entretiens approfondis réalisés avec des acteurs opérant dans ces deux domaines. Il s'agit ici non seulement de présenter les principes du système d'approvisionnement et de la chaîne de distribution des antirétroviraux mis en place dans le cadre de la décentralisation, mais aussi de repérer et d'indiquer les sources et les origines des dysfonctionnements qui ont pu se manifester en différents points de cette chaîne à l'occasion de la mise en place de cette décentralisation.

Dans la première partie est présentée et discutée la politique d'approvisionnement suivie. Centrée sur l'acquisition de génériques, celle-ci a permis des baisses substantielles des prix des médicaments et des traitements. Pour de multiples raisons, on peut craindre cependant que la pérennité de ce modèle ne soit pas assurée. Dans la deuxième partie est présentée et discutée la politique de décentralisation de l'accès au traitement, avec une attention particulière portée à la chaîne d'approvisionnement et de distribution des antirétroviraux. Les difficultés rencontrées et les principaux dysfonctionnements qui en ont accompagné le

¹ Les auteurs tiennent à remercier Simona Gamba qui, dans le cadre d'un stage effectué au centre d'économie de l'Université Paris-Nord, a effectué une mission au Cameroun en juillet et août 2009 au cours de laquelle nombre de données ont pu être complétées ou actualisées.

² Le taux de prévalence pour le pays dans son ensemble est estimé à 5,5 %, avec évidemment des pointes bien plus élevées pour certains districts ou groupes plus exposés à la maladie.

déploiement sont décrits et analysés. Une brève conclusion propose une vue d'ensemble sur les réalisations essentielles du programme en matière d'accès aux médicaments, comme sur les incertitudes qui pèsent aujourd'hui sur son avenir.

Un modèle centré sur les génériques

Dans les pays d'Afrique francophone et jusqu'au milieu des années 1990, les systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels se caractérisaient par une multiplicité d'organisations issues des secteurs public, privé et associatif utilisant des circuits d'achats très différenciés. C'est l'arrivée des traitements anti-rétroviraux du VIH/sida qui a conduit à une réorganisation de ces systèmes, avec notamment l'objectif de doter les centrales d'achat de médicaments d'un véritable pouvoir de négociation face aux « offreurs », sur le marché international. Le Cameroun n'a pas échappé à la règle et, à son tour, avec le lancement des politiques de lutte contre le sida a progressivement modifié et consolidé son système national d'approvisionnement en médicaments. Dans cette réorganisation, la mission d'acheter les antirétroviraux et des outils de suivi biologique a été confiée exclusivement à la centrale nationale des approvisionnements en médicaments essentiels (CENAME)³.

Jusqu'en 2006, cette centrale a fonctionné sans statut juridique défini. Ses ressources provenaient de bailleurs de fonds internationaux et du gouvernement camerounais. Depuis 2007, la structure est dotée du statut juridique de « société mixte » et possède une large autonomie de gestion. Une contrepartie de cette autonomie est que la centrale, dans l'exécution de sa mission de service public, a vocation à couvrir l'ensemble de ses coûts de gestion à partir des recettes de la vente des médicaments.

Des baisses significatives du coût des traitements pour les patients

Au Cameroun, le système global d'approvisionnement en médicaments essentiels est dépendant à 90 % des importations, la production locale ne couvrant que 10 % environ des besoins. La CENAME, qui est donc l'organe chargé de l'approvisionnement, s'adresse aux fournisseurs étrangers pour acheter la quasi-totalité des médicaments distribués dans le pays. Ce système est géré de manière à lui permettre d'importer la plus grande proportion possible de médicaments génériques essentiels. Dans la mesure où, sur le marché intérieur, les prix de ces médicaments génériques sont fixés de manière administrée, les marges pratiquées par les importateurs sont plus faibles que celles pratiquées sur les médicaments de spécialités (non génériques) dont les prix sont libres. Ce système d'administration des prix des génériques incite les grossistes-répartiteurs privés qui perdurent à côté de la CENAME à privilégier l'importation des spécialités, l'alimentation en génériques demeurant entre les mains de cette dernière. La CENAME mettant les offreurs en concurrence⁴ a, au cours du temps,

³ La centrale se retrouve, de ce fait, au sommet d'une nouvelle chaîne de distribution des antirétroviraux décentralisée, décrite plus loin en détail.

⁴ Il faut cependant observer que, si la politique d'achat de médicaments, dont la CENAME est l'instrument central, présente, du point de vue de la santé publique, des avantages éminents, en per-

rendu possible une baisse importante du prix d'acquisition des médicaments du VIH/sida, baisse qui a pu être répercutée sur le prix des traitements acquittés par les patients⁵.

L'analyse de la structure des antirétroviraux achetés par le programme camerounais montre la prédominance des génériques, notamment, à travers l'approvisionnement en combinaisons à doses fixes telles que la Triomune[®], comprenant trois molécules (lamivudine, stavudine et névirapine) en un seul comprimé. La distribution en valeur des stocks achetés en 2005 (*figure 1*) fait apparaître que 70 % des achats sont bien constitués par les génériques fournis par les firmes indiennes, contre 26 % pour les molécules de spécialités (éfavirenz, indinavir). Certes, au cours du temps, la variété des molécules acquises et disponibles pour les traitements du VIH/sida a tendu à croître, avec comme conséquence quasi-mécanique une augmentation relative de la part des médicaments de spécialités. Néanmoins, l'analyse de la composition des achats de la centrale en matière d'antirétroviraux confirme que, si l'on compare le Cameroun à d'autres pays de la zone, sa politique d'approvisionnement correspond à un modèle d'acquisition centré sur les génériques⁶.

Des données plus récentes portant sur la prescription (*figure 2*) confirment cette prédominance des génériques dans les achats d'antirétroviraux. Fin mars 2009, la Triomune 30 représentait 52,4 % des régimes de première ligne distribués aux adultes⁷. Un autre protocole générique (lamivudine, zidovudine, névirapine) est utilisé dans 15,8 % des cas. Cependant, les régimes thérapeutiques intégrant des molécules brevetées comme l'éfavirenz, le ténofovir ou l'abacavir voient leur part augmenter lentement dans les traitements de première ligne. Ainsi, le protocole représenté par la combinaison lamivudine, zidovudine, éfavirenz constitue 17,93 % du total des protocoles de première ligne. La croissance, à venir, des traitements de seconde ligne va incontestablement atténuer le caractère « orienté par les génériques » du modèle d'approvisionnement camerounais.

Pour l'heure, cette prédominance des génériques n'est pas remise en cause et est confirmée par l'analyse des données sur le détail des antirétroviraux qui étaient disponibles au Cameroun fin 2007. L'offre émane de sept laboratoires dont la majorité est constituée de firmes fournissant des génériques (*tableau 1*). Les spécialités ne sont acquises que s'il n'existe pas d'équivalent générique

mettant un approvisionnement à bas prix en génériques, elle présente aussi certains inconvénients. Ainsi, selon les observations de l'inspection générale de la pharmacie et du médicament, cette politique d'achat par appels d'offres « aux moins disants » présenterait l'inconvénient d'entraver l'émergence d'une offre locale, qui, compte tenu en particulier de l'étroitesse du marché local, ne peut rivaliser avec l'offre des grands « génériqueurs » internationaux. Des limitations de même type à l'essor d'une offre locale de génériques avaient déjà été repérées dans le cas du Brésil [15].

⁵ Jusqu'au mois de juin 2007, date à laquelle le gouvernement a déclaré la gratuité pour les patients dans l'accès aux soins, ceux-ci étaient sollicités pour couvrir une partie du coût des traitements (à la fois celui des antirétroviraux et celui des tests diagnostiques et de suivi biologique en cours de traitement). Les principes de la gratuité, dont les effets ne peuvent encore être appréciés, sont présentés à la fin de cet article.

⁶ Cf. notre précédente étude [2] qui distingue, suivant les pays de l'Afrique sub-saharienne, francophone, trois grands modèles de politique d'acquisition qualifiés de « generic oriented », « speciality oriented » et « mixte ».

⁷ En 2005, le protocole le plus utilisé était la Triomune 40 (49,2 % du stock cumulé contre 20,8 pour la Triomune 30), mais en 2007, compte tenu des effets cliniques secondaires avérés [9], en raison de la forte dose de la stavudine 40 mg, les directives du ministère de la Santé en matière de protocoles ont indiqué la Triomune 30 comme traitement de première ligne le plus approprié.

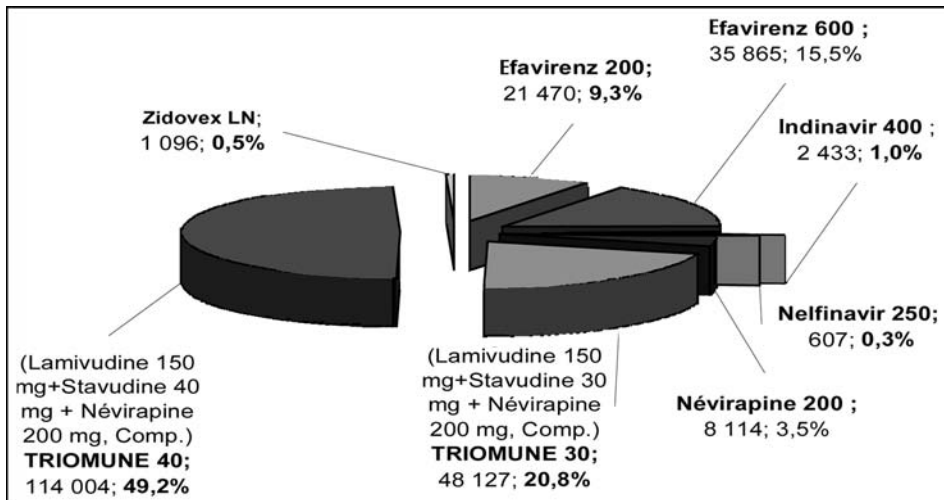


Figure 1
Distribution du stock cumulé d'ARV en différentes trithérapies acquises par la CENAME du Cameroun pour l'année 2005

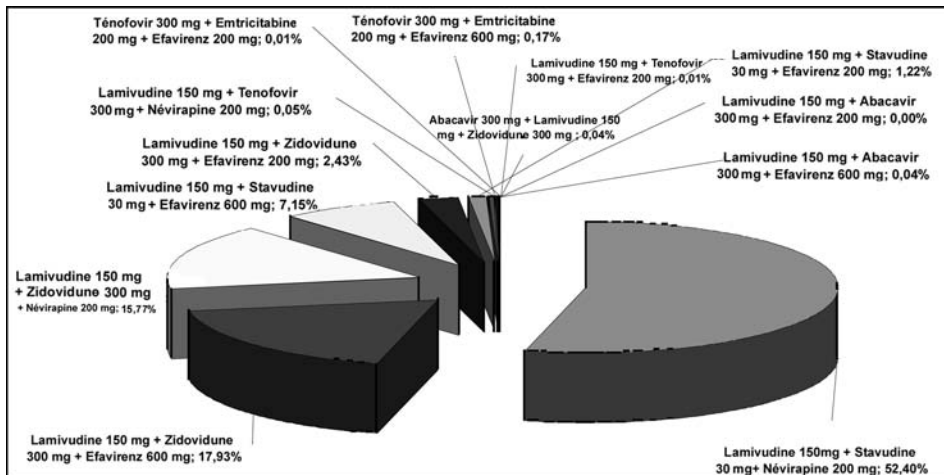


Figure 2
Poids relatif des prescriptions de première ligne chez les patients adultes au Cameroun (fin mars 2009)

disponible. La mise en concurrence des firmes lors des appels d'offres augmente bien le pouvoir de négociation de la CENAME et lui permet d'obtenir de meilleurs prix.

La faisabilité du modèle camerounais d'approvisionnement en antirétroviraux a été rendue possible grâce à une conjonction qui combine une politique d'achats

Tableau 1
Offre des antirétroviraux au Cameroun (1^{er} semestre 2007)

Désignation	Conditionnement	Nom de spécialité	Laboratoire fabricant
Didanosine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, comprimés	60	Videx 100, 200, 25,50	BMS
Didanosine 100 mg, 200 mg, comp	60	Dinex 100, DIVIR 200	CIPLA*
Efavirenz 200 mg, 30 mg (poudre), 600 mg, comp	90	Stocrin 200, 30, 600	MSD
Indinavir 400 mg, comp	180	Crixivan 400	MSD
Lamivudine 150 mg + stavudine 30 mg, comp Lamivudine 150 mg + stavudine 40 mg, comp	60	Lamivir-S 30	CIPLA*
Lamivudine 150 mg + stavudine 40 mg, comp Lamivudine 150 mg + stavudine 30 mg, comp	60	Coviro-LS	RANBAXY*
Lamivudine 150 mg + stavudine 30 mg + névirapine 200 mg, comp	60	Triomune 30	CIPLA*
Lamivudine 150 mg + stavudine 40 mg + névirapine 200 mg, comp	60	Triomune 40	CIPLA*
Lamivudine 150 mg + stavudine 40 mg + névirapine 200 mg, comp	60	Nevilast	HETERO*
Lamivudine 150 mg, comp	60	Lamivir 150 mg	CIPLA*
Lamivudine 150 mg, comp	60	Avolam	RANBAXY*
Lamivudine 50 mg/5 ml, solution orale, flacon de 100 ml	1	Lamivir solution	CIPLA*
Nelfinavir 250 mg, comp	270	Viracept 250	Roche
Névirapine 200 mg, comp	60	Viramune 200 mg	Boehringer Ingelheim
Névirapine 200 mg, comp	60	Nevumine 200	CIPLA*
Névirapine 200 mg, comp	60	Nevipan	RANBAXY*
Névirapine 200 mg, comp	60	Nevivir	HETERO*
Névirapine 50 mg/5 ml, 100 ml, suspension buvable	1	Nevumine solution	CIPLA*
Stavudine 1 mg/1 ml, poudre pour solution buvable, flacon de 200 ml	1	Zerit 1.poudre	BMS
Stavudine 1 mg/1 ml, poudre pour solution buvable, flacon de 200 ml	1	Stavir	CIPLA*
Stavudine 30 mg, 40 mg comp	56	Zerit 30	BMS

Désignation	Conditionnement	Nom de spécialité	Laboratoire fabricant
Zidovudine 300 mg + lamivudine 150 mg, comp	60	Duovir	CIPLA*
Zidovudine 300 mg, comp	60	Aviro-Z	RANBAXY*
Zidovudine 300 mg, comp	60	Zidovir 300	CIPLA*
Zidovudine 50 mg/5 ml, solution orale, flacon 100 ml	1	Zidovir solution	CIPLA*

Source : données recueillies auprès de la CENAME à l'occasion de missions d'enquête en décembre 2007.

* Firmes de médicaments génériques.

centralisés, un financement international massif et une baisse importante des prix des traitements de première ligne au niveau international, du fait de la concurrence des fournisseurs de génériques du Sud [16].

Si les baisses de prix obtenues par la CENAME, grâce à cette politique d'achats, s'inscrivent dans les évolutions intervenues sur le marché mondial des antirétroviraux, c'est tout le mérite de l'action de la centrale d'avoir été en mesure de garantir leur répercussion sur le coût du traitement supporté en dernier ressort par les malades⁸.

Les premiers achats d'antirétroviraux de la CENAME remontent à l'année 2000 et ne concernaient que ceux de première ligne. La signature par le Cameroun de l'initiative Access, qui associait les organisations onusiennes et les firmes de spécialités, en 2001, a permis une première baisse du coût du traitement de 72 %. Par la suite, les différentes subventions (du Fonds mondial pour les traitements antirétroviraux, de l'action Pays pauvres très endettés de la Banque mondiale pour la prévention, de l'Association internationale pour le développement pour les tests de dépistage et les outils de suivi biologique) ont également contribué à faire baisser le coût du traitement pour les patients, sans déstabiliser financièrement la CENAME, celle-ci continuant à vendre les antirétroviraux en fonction de leurs prix d'acquisition.

Dès le début des années 2000, des accords bilatéraux, alors rares en Afrique, signés avec certains fournisseurs de génériques (dont tout particulièrement le laboratoire public Indien CIPLA) ont permis de faire baisser le coût du traitement restant à la charge directe des patients : le coût mensuel moyen d'un traitement de première ligne est passé de 600 000 FCFA (environ 920 euros) en 2000 à 70 000 FCFA (106 euros) en mars 2001, puis entre 3 000 FCFA (4,5 euros) et 7 000 FCFA (11 euros) en octobre 2004. L'arrivée de la Triomune[®], dont le prix sur le marché international a baissé rapidement de 350 à 143 dollars par personne/an, a permis d'augmenter substantiellement les quantités acquises. Enfin, notons que, depuis 2006, la CENAME, soucieuse d'étendre et de renforcer sa politique d'acquisition, inclut dans ses appels d'offres, l'achat de réactifs et d'outils de suivi biologique.

Pour la période en cours (et pour l'avenir), la politique de la CENAME est tracée par les priorités définies dans le plan stratégique national de lutte contre le sida

⁸ C'est ainsi que, à la veille de la déclaration de la gratuité, le coût pour le patient (hors examen biologique) se situait entre 3 000 FCFA (4,5 euros) et 7 000 FCFA (11 euros) par mois ; le coût du bilan biologique de suivi s'élevait de son côté à 18 000 FCFA (28 euros) pour six mois.

2006-2010. Ce plan met en avant six axes⁹ prioritaires, parmi lesquels l'accès aux traitements antirétroviraux pour enfants et adultes représente 26,4 % des sommes à allouer. L'axe concernant l'accès universel à la prévention, notamment pour les groupes à risque, représente 32 % du budget consacré à l'ensemble du plan. Quand aux modalités de financement, il est envisagé dans le document cadre du comité national de lutte contre le sida (CNLS) que les fonds nécessaires à l'exécution de ces objectifs proviennent pour l'essentiel de l'aide internationale. Le coût de la réalisation des différents objectifs est estimé à 198 milliards de FCFA (soit environ 302 millions d'euros) pour les cinq années que couvre le plan.

Incertitudes sur l'avenir du modèle d'acquisition des antirétroviraux

Comme les données présentées l'ont montré, la politique suivie par la centrale nationale des approvisionnements en médicaments essentiels (CENAME) s'est traduite par d'incontestables succès. Pour l'avenir cependant, une double incertitude pèse sur la politique d'approvisionnement telle que nous venons de la décrire.

La première tient au fait que le Cameroun n'ait plus connu de succès pour ses programmes sida dans les appels à projets de financement du Fonds mondial depuis 2005. Il se trouve ainsi privé, pour l'heure, d'une source essentielle de financement, alors que son programme d'accès aux antirétroviraux est fortement dépendant des ressources extérieures (voir Chapitre 2).

À l'heure où les besoins financiers nationaux augmentent fortement, du fait de la montée progressive des traitements de seconde ligne bien plus coûteux, de la mise en place de la gratuité et, enfin, du coût du suivi biologique des patients (nécessité d'acheter les équipements et les réactifs requis pour les examens de comptage des CD4 et de financer la partie subventionnée, non supportée par les patients), de fortes incertitudes pèsent sur la politique d'approvisionnement du pays.

Les entretiens menés auprès des acteurs chargés de la gestion du programme national ont permis de remarquer que, alors même que les crédits sont accordés par les bailleurs, leur utilisation est parfois soumise à des « conditionnalités »¹⁰ qui, pour certaines, sont difficiles à satisfaire¹¹. De plus, la capacité à gérer les fonds destinés à la lutte contre le VIH/sida n'a pas été toujours reconnue aux acteurs nationaux par les bailleurs de fonds. Lorsque le projet est approuvé, le transfert de fonds se fait par fractions, ce qui peut s'avérer légitime pour respecter

⁹ Ces six axes comprennent : 1) accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires ; 2) accès universel aux traitements et aux soins en faveur des enfants et adultes vivant avec le VIH/sida ; 3) protection et soutien aux orphelins et enfants vulnérables ; 4) appropriation de la lutte par les acteurs ; 5) surveillance épidémiologique et promotion de la recherche ; 6) renforcement de la coordination, de la gestion, du partenariat et du suivi d'évaluation.

¹⁰ C'est à dessein que nous utilisons ici ce terme fort, issu du langage du Fonds monétaire international ou de la Banque mondiale, qui en général assortissent leurs prêts de conditions et de restrictions souvent draconiennes. Les « conditionnalités » ont ainsi souvent été utilisées par ces deux organisations pour infléchir les politiques économiques des états bénéficiaires dans le cadre des « plans d'ajustement structurels » qui leur étaient imposés. Dans le passé, des conditionnalités classiques portaient sur la réduction des déficits budgétaires. Leur mise en œuvre s'est ainsi souvent traduite par une réduction des dépenses publiques de santé, notamment par la suppression du nombre des personnels soignants. Tel fut le cas du Cameroun en particulier, dans la décennie 1990.

¹¹ Cf. notre contribution, qui détaille et illustre ce point [2].

le principe d'un financement « fondé sur la performance ». Cependant, si le bailleur considère que les projets n'ont pas, dans le cours de leur exécution, respecté les termes du contrat, l'accès aux fonds devient difficile, menaçant et déstabilisant l'exécution du programme. Il faut aussi mentionner les lenteurs administratives dans le décaissement des sommes dues. Les procédures administratives lourdes ne permettent pas une planification adéquate des activités par les acteurs. Si une partie des retards d'exécution constatés peut parfois être imputée à des problèmes dans la gestion nationale ou locale, il est indéniable que les coûts de transaction imposés par les bailleurs internationaux en sont une des sources majeures.

Dans le cas du Cameroun, la question posée est celle de la continuité des fonds nécessaires à la poursuite du programme, en l'absence de renouvellement des financements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria : peut-on envisager que d'autres sources de financements internationaux, couplées à une montée du financement local, puissent prendre le relais ? L'avenir le dira. Mais il est clair que, aujourd'hui, le programme affronte une grave crise de perspective en ce qui concerne son financement, notamment celui de l'approvisionnement en antirétroviraux¹².

Une autre incertitude tient au « modèle » d'approvisionnement lui-même. Comme nous l'avons indiqué plus haut, la politique suivie a consisté très tôt à s'orienter vers l'acquisition en masse de génériques. Tout spécialement, en première intention, le programme s'est construit autour de la distribution de la combinaison à doses fixes indienne Triomune®. L'avantage de ce modèle a été d'engager le passage à l'échelle avec une charge financière bien moins lourde que celle requise dans un modèle dominé par les médicaments brevetés. À terme cependant, plusieurs facteurs font obstacle à son prolongement.

Le premier est que le Cameroun, en tant que pays membre de l'Organisation africaine de la propriété intellectuelle, se trouve, comme les autres pays signataires de cette convention, classé comme pays « à revenus intermédiaires » dans la nomenclature des accords internationaux dans ce domaine. De ce fait, il ne bénéficie pas d'un report supplémentaire d'application de ces accords jusqu'en 2016, comme c'est le cas pour les pays considérés comme « les moins avancés ». L'échéance 2005¹³ s'est donc appliquée pleinement au Cameroun,

¹² Rappelons que, pour son financement, le plan national de lutte contre le sida bénéficie de trois sources essentielles de ressources provenant des bailleurs de fonds internationaux et, depuis peu, d'une quatrième source. Il s'agit : 1) des apports du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria destinés majoritairement aux achats d'antirétroviraux ; 2) des fonds Pays pauvres très endettés de la Banque mondiale destinés aux stratégies de prévention ; 3) des fonds de l'agence internationale de développement (IDA) alloués aux achats d'outils de diagnostic et de tests de laboratoire. Depuis 2008, le Cameroun bénéficie des fonds de l'UNITAID avec lesquels la Fondation Clinton lui achète les antirétroviraux de deuxième ligne, ainsi que des formulations pédiatriques (voir Chapitre 8). L'arrivée de ces fonds a permis, à partir de 2004, de subventionner largement l'accès aux soins. Une partie marginale (mais très significative pour les personnes les plus pauvres) restant à la charge des patients, tant pour les antirétroviraux que pour les tests de suivi. Pour ce qui est du Fonds mondial, le Cameroun, depuis 2002, bénéficie de ses subventions, dont le montant cumulé s'élevait, en 2007, à près de 59 milliards de FCFA (89 802 130 euros). Celles des fonds Pays pauvres très endettés ont atteint 2,5 milliards de FCFA (38 051 750 euros) en 2006.

¹³ La signification de l'échéance 2005, date limite pour les pays à revenus intermédiaires (c'est-à-dire les pays émergents comme l'Inde ou le Brésil), pour incorporer les Adpic dans leurs législations nationales de propriété intellectuelle est présentée et discutée dans notre article, Orsi et coll 2007 [17]. Une actualisation est proposée dans l'ouvrage de Coriat en 2008 [6].

ce qui signifie pour ce pays, l'interdiction, sauf circonstances exceptionnelles¹⁴, d'importer ou de produire localement des génériques conçus après cette date. On comprend que le recours à un approvisionnement en médicaments génériques ne pourra se faire aussi simplement que cela a été le cas jusqu'ici. Cette perspective est d'autant plus préoccupante que de nouvelles molécules étant sans cesse mises sur le marché, les autorités sanitaires internationales, au premier rang desquelles l'OMS, sont conduites à formuler des recommandations thérapeutiques qui incluent des molécules non disponibles à ce jour sous forme de génériques ou qui, si elles le sont, ne peuvent, en principe, être acquises sur le marché mondial par les pays à revenus intermédiaires. Tel est, en particulier, le cas du ténofovir inclus récemment dans ses recommandations de traitement de première ligne par l'OMS¹⁵. Comme nous l'avons souligné dans le commentaire de la *figure 1*, une proportion de plus en plus importante de protocoles de première intention comprend une molécule brevetée. En 2009, 17,9 % de ces protocoles incluent l'éfavirenz et, dans une proportion, encore très marginale, le ténofovir et l'abacavir. La recommandation de l'OMS depuis 2006 de promouvoir un retrait progressif de la stavudine, du fait des risques de toxicité qui lui sont associés de façon avérée, devrait accentuer cette évolution, puisque cette molécule entraine dans la combinaison thérapeutique la plus diffusée à ce jour au Cameroun.

Dans ces conditions, on comprend que, en tout état de cause, le modèle d'approvisionnement suivi jusqu'ici est appelé à connaître des évolutions significatives.

La politique de décentralisation : principes et difficultés du déploiement de la chaîne de distribution des antirétroviraux

L'une des particularités du programme camerounais de lutte contre le VIH/sida réside dans la mise en œuvre d'une politique résolue de décentralisation de l'offre de soins. Le choix de la décentralisation conçue comme un pilier de la politique de passage à l'échelle était motivé avant tout par un souci de rendre l'offre de soins plus accessible aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Un modèle fortement hiérarchisé mais doté de flexibilités multiples

En pratique, la distribution des antirétroviraux dans le cadre de la décentralisation obéit à un schéma fortement hiérarchisé et qui répond aux principes décrits ci-après (voir également la représentation proposée dans la *figure 3*).

¹⁴ Le Cameroun, comme tout autre pays à revenus intermédiaires peut utiliser certaines dispositions des TRIPS lui permettant, en particulier, d'émettre des licences obligatoires pour s'approvisionner en médicaments génériques pour des antirétroviraux couverts dans l'Organisation africaine de la propriété intellectuelle par des brevets. Certains pays (notamment la Thaïlande et le Brésil encore récemment) ont eu recours à cette flexibilité prévue par les TRIPS (cf. notre article avec C Almeida et coll, Chapitre 8). Outre que le recours à cette disposition est, sur le plan légal, complexe, force est de constater qu'elle place les pays qui y recourent dans une position politique délicate. Clairement, le passage en masse à des traitements de seconde ligne exige que des solutions d'ensemble et soutenables soient rapidement mises en place. Une proposition dans ce sens est formulée par Coriat et d'Almeida [5].

¹⁵ Les implications de ce changement de recommandations pour les pays du Sud, y compris ceux à ressources limitées, sont examinées et discutées dans notre article au Chapitre 8.

Au sommet de la pyramide, on trouve la centrale nationale d'achat de médicaments essentiels (CENAME) qui fournit les centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux (CAPP) qui, à leur tour, fournissent les hôpitaux provinciaux, les hôpitaux centraux et généraux, les hôpitaux de district, les centres médicaux d'arrondissement et les centres de santé intégrés liés au secteur public¹⁶. Il convient cependant de noter qu'afin d'introduire une certaine flexibilité dans les approvisionnements, les hôpitaux centraux et généraux peuvent exceptionnellement contourner la CENAME, en se fournissant auprès des producteurs locaux ou des grossistes répartiteurs du secteur privé. Ils peuvent même, le cas échéant, importer directement de l'étranger, s'il est avéré que ce circuit leur est plus profitable. Il s'agit là d'une flexibilité délibérément introduite dans le système afin d'empêcher la formation de prix de monopoles sur le marché intérieur. Toujours en vertu de ce souci d'introduire certaines flexibilités dans le système d'approvisionnement, les CAPP peuvent eux aussi « contourner » la CENAME, notamment dans le cas où ils ont l'opportunité de se fournir à l'étranger (ou par l'intermédiaire des grossistes privés) en médicaments et consommables à des prix plus bas que ceux proposés par la centrale publique. Notons encore que, toujours en vertu du principe de flexibilité, les hôpitaux centraux et généraux, qui en principe doivent s'adresser en priorité aux CAPP de leur province, peuvent s'approvisionner directement à la CENAME. Cette disposition, outre le degré de liberté qu'elle leur offre pour leur approvisionnement, présente également l'avantage de contribuer à une meilleure disponibilité des stocks gérés par eux pour le compte des autres formations sanitaires, notamment celles se trouvant à un niveau plus décentralisé (*figure 3*).

La chaîne de distribution des antirétroviraux fonctionne donc selon un schéma ascendant et vertical. Au bas de l'échelle se trouvent les centres de traitement agréés, au nombre de 24, et les unités de prise en charge. Les unités de prise en charge (plus d'une centaine) distribuent directement les traitements aux patients, adressant leurs commandes aux hôpitaux de district. Ces derniers, à leur tour, passent commande aux CAPP, qui, en continuant de remonter la chaîne, s'adressent à la CENAME pour la livraison des médicaments. Celle-ci met alors les médicaments à la disposition des CAPP à un prix subventionné. Les CAPP approvisionnent les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge au prix d'acquisition, majoré des coûts de gestion et de transport qu'ils ont dû assumer. Les unités de prise en charge livrées assurent alors la distribution des antirétroviraux aux malades (*figure 3*)¹⁷.

Ce schéma fonctionnel rencontre néanmoins de multiples difficultés dans son fonctionnement concret. Nous avons choisi ici de nous concentrer sur deux types de problèmes. Les premiers sont relatifs à une série de dysfonctionnements dans la chaîne financière et comptable, pouvant se traduire en définitive par des ruptures de stocks et d'approvisionnement des unités de soins qui sont au contact direct des patients. Les seconds ont trait à la sous-dotations en équipements et en ressources humaines, qui affecte le bon fonctionnement de ces unités de soins.

¹⁶ Ils peuvent également approvisionner les formations sanitaires confessionnelles et laïques du secteur privé non lucratif.

¹⁷ Précisons que le modèle ici décrit est celui qui a prévalu jusqu'au 1^{er} semestre 2007. Avec l'introduction de la politique dite de gratuité des soins, ce système de passation des commandes a connu certains changements (cf. infra nos remarques sur le passage à la gratuité).

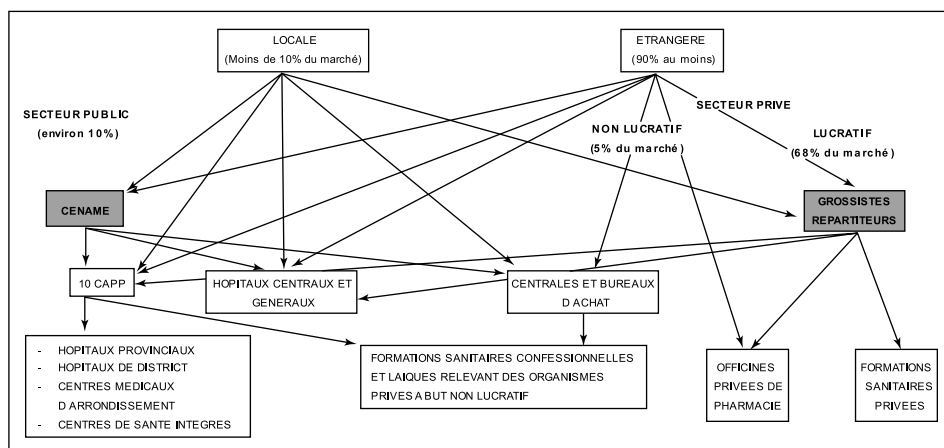


Figure 3
La structure du système national d'approvisionnement en médicaments

Dysfonctionnements dans la chaîne comptable et financière

À partir des enquêtes effectuées dans trois provinces (centre¹⁸, Nord¹⁹ et Sud²⁰), nous avons pu identifier différents types de tensions²¹ entre la CENAME, les centres d'approvisionnement provinciaux (CAPP) et les formations sanitaires (centres de traitement agréés et unités de prise en charge). En position intermédiaire entre la CENAME et les unités de soins, les CAPP occupent une situation à la fois stratégique et délicate. Le renouvellement de leurs stocks dépend de deux séries de contraintes d'amont et d'aval. Il faut que les dettes contractées auprès de la CENAME aient été honorées, mais celles-ci ne peuvent l'être que si la subvention versée par les groupes techniques provinciaux²² opérant pour le compte du comité national de lutte contre le sida (CNLS) l'a été effectivement. Dans certains cas, des dysfonctionnements se sont manifestés, qui tiennent au fait que l'une ou l'autre des conditions nécessaires au bon déroulement des

¹⁸ Ce CAPP (situé dans la ville de Yaoundé) approvisionne une quinzaine de centres de traitement agréés et dix huit unités de prise en charge. Cependant 40 % des stocks d'antirétroviraux sortant de ce CAPP sont destinés au seul Hôpital central de Yaoundé. Le reste (60 %) est fourni à l'ensemble des autres centres de traitement agréés et unités de prise en charge.

¹⁹ Ce CAPP (situé dans la ville de Garoua) approvisionne en antirétroviraux quatre unités de prise en charge (Guider, Toukoro, Lamido, Tchalliné) dispersées dans la province et deux centres de traitement agréés situés dans la ville de Garoua, respectivement à l'hôpital militaire et à l'hôpital provincial.

²⁰ Ce CAPP (situé dans la ville de Ebolowa) est chargé de fournir les antirétroviraux à sept unités de prise en charge et à deux centres de traitement agréés, dont un localisé dans la ville même.

²¹ Ces tensions sont celles observées avant la mise en place de la gratuité, dont une des implications est la remise en cause de la modalité de la subvention qui, jusque là, se déroulait de la manière suivante : la CENAME fournissait les médicaments au prix coûtant aux CAPP, qui fournissaient les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge au prix subventionné. L'écart entre le prix d'acquisition des CAPP auprès de la CENAME et le prix de cession aux centres de traitement agréés et unités de prise en charge était égal à la subvention.

²² Le comité national de lutte contre le sida (CNLS), dont le secrétariat exécutif est chargé de coordonner le programme national, dispose d'un organe dans chaque province. Ces groupes techniques provinciaux, outre la coordination au niveau de chaque province, étaient chargés (jusqu'à fin 2007) du paiement de la subvention aux CAPP provinciaux et de la gestion du budget de fonctionnement des centres de traitement agréés et des unités de prise en charge.

opérations n'a pu être remplie. Nous avons ainsi pu observer que certains CAPP avaient procédé à une séparation des comptes financiers entre la ligne des anti-rétroviraux et celle des autres médicaments. La mise en place de cette séparation comptable était justifiée par les gestionnaires des CAPP par le fait que si les subventions pour les antirétroviraux n'étaient pas versées (ou l'étaient avec retard), leur traitement « séparé » ne bloquait pas la poursuite des approvisionnements dans les autres types de médicaments et de produits de santé correspondant à leurs autres activités. Cette séparation se justifiait, à leurs yeux, dans la mesure où ils avaient observé que le volet « antirétroviraux » contribuait plus que proportionnellement à la formation de leur dette commerciale vis-à-vis de la CENAME. Ainsi, dans un des cas examinés, la composition de la dette du CAPP (fin 2006) vis-à-vis de la centrale faisait apparaître que 90 % de celle-ci portait sur les antirétroviraux (pour un montant de 90 millions de FCFA, près de 137 000 euros). Les deux tiers de ce montant (60 millions, soit 91 324 euros) provenaient des créances (non recouvrées) du CAPP sur les centres de traitement agréés, l'autre tiers (30 millions de FCFA) étant représenté par les retards cumulés des subventions versées par le groupe technique provincial.

Jusqu'au changement intervenu avec l'introduction de la gratuité en mai 2007, pour un protocole donné, 33 % des recettes escomptées provenaient des centres de traitement agréés, le restant, soit 67 % des subventions, venant du groupe technique provincial. Ces chiffres expliquent que les lenteurs administratives qui pouvaient se manifester dans les versements effectués par le CNLS exposaient les CAPP à la formation d'un fort endettement vis-à-vis de la CENAME. Le passage à l'échelle du traitement antirétroviral du VIH/sida, en contribuant à augmenter le poids relatif des antirétroviraux dans leur chiffre d'affaires (qui oscillait entre 2,5 et 10 % fin 2006 selon les provinces), pouvait se traduire par des problèmes d'équité dans la répartition des moyens (si les CAPP étaient contraints d'utiliser les recettes tirées de la vente des autres médicaments pour honorer le paiement des factures d'antirétroviraux), ou par des ruptures de stocks (si la CENAME refusait de fournir les CAPP ayant accumulé une dette commerciale trop importante).

À cela, il faut ajouter que l'inclusion des CAPP dans le modèle d'approvisionnement décentralisé, obligeant les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge à passer par eux, les a contraints à se doter d'un département spécialisé, avec un personnel spécifique et des magasins plus élaborés. Ceux des CAPP qui n'ont pu se doter d'une telle capacité spécifique se sont trouvés confrontés à des problèmes logistiques liés par exemple aux délais mis par la CENAME, ou son antenne provinciale, à livrer les commandes passées. Cette lenteur s'explique, pour partie, par l'absence d'un personnel suffisamment nombreux et compétent en matière de gestion de stocks²³. Les coûts supplémentaires (en personnel et équipements) menacent de fragiliser encore davantage la situation financière des CAPP si le passage à l'échelle ne s'accompagne pas d'un soutien logistique et financier renforcé de leur fonctionnement.

²³ C'est ainsi, par exemple, que sur le plan infrastructurel, nous avons pu constater que l'un des centres d'approvisionnement provinciaux visités ne disposait pas de chambre froide propre et était contraint d'utiliser celle du programme provincial de vaccination. Si le Kaletra devait être distribué massivement dans les années à venir, comme le recommande l'OMS pour le traitement de seconde ligne (voir Chapitre 8), la question de l'autonomie du CAPP en matière d'espace de conservation risque de se poser.

Si des dispositions ne sont pas prises, la fragilité financière des CAPP risque de s'accroître avec les changements introduits par la gratuité des antirétroviraux pour les patients. Depuis le 1^{er} mai 2007, « *sur hautes instructions du chef de l'État, le gouvernement de la République du Cameroun a décidé de la gratuité des traitements par les antirétroviraux pour toutes personnes vivant avec le VIH/sida éligibles à ce type de traitement* ». Cette décision s'inscrit dans la droite ligne du plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida 2006-2010. Celui-ci se fixe comme premier objectif l'accès universel aux antirétroviraux, avec comme objectif intermédiaire de rendre ceux-ci accessibles à 75 % des adultes et 100 % des enfants en attente de ces traitements d'ici à 2010. Précisons cependant que la gratuité annoncée ne concerne que l'accès aux antirétroviraux, chaque patient continuant à devoir contribuer sur ses deniers propres à hauteur de 3 000 FCFA par semestre pour les examens biologiques.

Avec la mise en place de la gratuité, les flux physiques de distribution des antirétroviraux suivent le même parcours qu'auparavant : schéma vertical et descendant allant de la centrale nationale d'achat de médicaments essentiels (CENAME) aux centres de traitement agréés et aux unités de prise en charge, mais les modalités de financement de la chaîne de distribution ont changé. Auparavant, des frais de gestion étaient prélevés à chaque niveau de la chaîne de distribution, ce qui garantissait à chacun des intervenants la possibilité de recouvrer les coûts engendrés par son activité grâce au système de facturation précédemment décrit. À l'échelle de la dispensation aux patients, les unités de prise en charge et les centres de traitement agréés percevaient 3 000 ou 7 000 FCFA par patient, sommes destinées à couvrir leurs frais de fonctionnement (achats de réactifs, frais fixes de fonctionnement divers...). À l'échelle intermédiaire, les CAPP incorporaient dans les factures d'antirétroviraux livrés aux centres de traitement agréés et aux unités de prise en charge une surfacturation de 8 % sur les sommes présentées au groupe technique provincial de leur province, ce pourcentage étant, là encore, destiné à couvrir leurs frais de structure. À l'échelle supérieure, la CENAME incorporait dans ses prix de livraison aux CAPP sa marge commerciale.

Avec la gratuité, le système change. En vertu du principe de gratuité, les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge cessent de percevoir directement l'argent des patients. En contrepartie, le comité national de lutte contre le sida leur verse 1 000 FCFA par patient traité (c'est-à-dire une somme de 3 à 7 fois inférieure à celle autrefois perçue). Il était prévu que cette somme soit portée à 3 000 FCFA en 2009. Mais, selon certains de nos interlocuteurs, dans les unités de prise en charge et les centres de traitement agréés, celle-ci reste éloignée du coût réel par patient supporté par ces instances.

Au sommet de l'édifice, la CENAME incorpore dans la valeur de ses achats d'antirétroviraux une marge de 14 % servant à couvrir les coûts supportés en matière de gestion et de transport. Cette marge est justifiée par le fait que la CENAME estime avoir des difficultés à se faire rembourser une partie des coûts liés, par exemple, au stockage et au contrôle de qualité. Précisons que cette marge de 14 % a vocation à être répartie entre les différents acteurs de la chaîne, suivant une règle de répartition fixe²⁴.

²⁴ Cette règle n'était pas encore fixée au moment de notre enquête. En attendant, les coûts de transport sont supportés alternativement par les CAPP et les centres de traitement agréés suivant des règles largement informelles.

Les bons de commande d'antirétroviraux de première ligne, qui remontent désormais des centres de traitement agréés/unités de prise en charge vers la CENAME via les CAPP, comportent, dans la rubrique prix, la désignation « gratuit » et ne sont donc pas accompagnés de factures. Cette formule prive ces formations d'une trésorerie qui pouvait occasionnellement servir l'ensemble de leurs activités²⁵. Faute de recouvrement direct d'une partie des sommes liées à la gestion des antirétroviraux, les CAPP ne sont plus guère incités à développer ce segment de leur activité globale. C'est ainsi que certains d'entre eux ne voulant plus consacrer de façon continue et permanente des espaces au stockage des antirétroviraux²⁶ ont adopté une procédure de commande à périodicité plus longue (tous les trois mois) ou transfèrent le problème (et les coûts) du stockage vers les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge, en les obligeant à venir chercher leurs commandes dès qu'eux-mêmes sont livrés. L'insuffisance de surfaces de stockage et la moindre incitation financière à les augmenter peuvent poser, à terme, des problèmes de disponibilité ou de rupture de stock.

Les changements intervenus dans les modalités de financement des activités liées au fonctionnement de la chaîne de distribution ont sans doute visé à minimiser les risques de goulets d'étranglement existants (problèmes de l'insuffisance des fonds de roulement des CAPP et de leur endettement vis-à-vis de la CENAME mentionnés plus haut). Il semble cependant que le nouveau système a, pour l'heure, davantage déplacé la nature des risques (et les points de fragilité) qu'il ne les a supprimés.

Insuffisances de l'équipement des unités de prise en charge et de l'offre locale de soins

Le passage à l'échelle s'est traduit par l'augmentation substantielle du nombre de patients pris en charge. Cependant, la croissance du nombre des personnes sous traitement exige une montée en puissance corrélative des ressources humaines consacrées à la prise en charge, et des moyens matériels et financiers mis à disposition des personnels soignants.

Force est de constater qu'au niveau local, en dehors des centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux (CAPP) qui emploient du personnel qualifié, les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge sont contraints d'opérer avec des agents souvent mal ou insuffisamment préparés aux tâches qui les attendent²⁷. Un nombre important de personnels paramédicaux déclare manquer de la formation nécessaire sur des questions aussi essentielles que l'adhésion au traitement, le suivi nutritionnel, la collecte des données, ou la gestion des médicaments. À cela, il faut ajouter que, alors que le décret qui les instaure stipule que les unités de prise en charge doivent compter au moins deux médecins²⁸, beaucoup d'entre elles, situées en zones rurales n'en

²⁵ Rappelons, en effet, que dans la formule antérieure, avant la gratuité, les CAPP avaient la faculté de bénéficier d'une marge sur leurs facturations.

²⁶ C'est le cas en particulier dans certains CAPP, qui considèrent que leurs propres espaces de stockage sont trop exigus.

²⁷ Cela, en dépit du fait que les médecins et quelques fois les surveillants généraux des hôpitaux ont bénéficié de plusieurs formations visant à perfectionner leurs connaissances de la maladie et des modalités de sa prise en charge.

²⁸ Auxquels doivent s'adjoindre, toujours selon les termes du décret : deux infirmiers, un technicien de laboratoire, un dispensateur de médicaments et un agent de soutien psychosocial.

comptent qu'un seul. Elles n'ont pas toujours pu s'engager dans leurs activités et offrir l'ensemble des services qu'elles avaient vocation à délivrer. Dans d'autres cas, des lacunes en ressources humaines, financières et matérielles ont retardé le démarrage effectif des unités de plusieurs mois. À la fin de 2007, plusieurs d'entre elles étaient encore en phase de mise en place. Ces défauts et ces retards semblent plus prononcés dans la province du Sud où certaines unités de prise en charge ne bénéficient pas du personnel issu de l'initiative Pays pauvres très endettés²⁹.

Par ailleurs, les unités de prise en charge manquent souvent de moyens financiers. Le cadre légal prévoit que ces structures ne soient pas financièrement autonomes, leurs frais de fonctionnement devant être couverts par le budget de l'hôpital de district qui les héberge. Il s'avère cependant que le surcoût occasionné par le déploiement des services supplémentaires que constituent les unités de prise en charge pour ces hôpitaux de district n'a pas été totalement compensé par une augmentation de leur budget. Dès lors, nombre d'entre elles, surtout celles de la province du Sud, fonctionnent dans des conditions de grande précarité.

La prise en charge des examens de suivi biologique

Les difficultés que connaissent les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge ont redoublé avec les modalités mises en place pour l'activité de suivi biologique des malades. Rappelons en effet que le traitement effectif de tout patient infecté par le VIH/sida est précédé par des examens biologiques visant à déterminer les formules sanguines et le type d'antirétroviral à administrer en cas d'éligibilité au traitement. La série d'examens qui précède l'inclusion dans un protocole thérapeutique est assurée par les centres de traitement agréés (logés dans les hôpitaux régionaux et dans quelques hôpitaux de référence) et par certaines unités de prise en charge. Afin de pouvoir exercer cette fonction, chaque unité (centre de traitement agréé ou, plus rarement, unité de prise en charge) doit comprendre une équipe médicale (médecins, laborantins, pharmaciens) et une équipe chargée de la prise en charge psychosociale des patients. Lorsque ceux-ci n'ont pas les équipements nécessaires pour procéder directement aux examens (notamment un Facscount pour le comptage des CD4), les échantillons prélevés sont envoyés dans un autre centre de traitement agréé, qui procède aux examens, moyennant une somme de 3 000 FCFA.

En pratique, les centres de traitement agréés aptes à effectuer ces examens biologiques pré-financent l'achat des réactifs et des entrants utiles à la réalisation de ces examens³⁰. Les résultats des tests sont alors renvoyés dans les centres de prise en charge de départ pour servir à la définition des protocoles thérapeutiques destinés aux patients. Par la suite, les centres ayant procédé aux différents examens acheminent les dossiers des malades examinés au niveau du centre d'approvisionnement pharmaceutique provincial, qui, à son tour, procède à une

²⁹ Le personnel travaillant dans le cadre de cette initiative se plaignait, en juillet 2007, du non-respect de leur contrat. Certains personnels cumulaient près de deux ans de retard pour le paiement de leurs salaires.

³⁰ Précisons que l'approvisionnement des centres de traitement agréés en entrants ou en réactifs s'effectue auprès des fournisseurs privés comme HUMAN représenté par PROGRAMCAM et opérant à Yaoundé, Bafoussam, Douala, Bamenda, Maroua et Bertoua, et MEDICAPLUS représenté à Yaoundé, à Bafoussam et à Douala.

descente de terrain dans le but de vérifier l'effectivité des tests effectués. Après le rassemblement de toutes les preuves, le centre d'approvisionnement pharmaceutique provincial achemine ces différents dossiers au niveau du groupe technique provincial/comité national de lutte contre le sida (CNLS) pour la validation et le remboursement des frais additionnels des examens. C'est alors que le remboursement est effectué par le CNLS.

Jusqu'à une période récente, l'examen biologique était évalué à 21 000 FCFA, dont 18 000 sont théoriquement subventionnés par le CNLS et 3 000 restent à la charge du malade. Les centres de traitement agréés ou unités de prise en charge pré-financent toujours la partie subventionnée (18 000 FCFA), ainsi que les achats de réactifs. Deux types de problèmes peuvent se manifester ici. Le premier tient au fait que les remboursements par le CNLS peuvent s'effectuer avec retard. Le second, signalé lors des enquêtes menées en 2009 par certains acteurs, est que le coût réel supporté serait souvent supérieur au montant forfaitaire (21 000 CFA) fixé à priori. Dans ces conditions, la croissance rapide du nombre de patients pris en charge dans certaines structures sanitaires depuis l'instauration de la gratuité des antirétroviraux peut se traduire par une accentuation de leurs difficultés financières. Face à cela, certains centres de traitement agréés sont parfois obligés de puiser dans les ressources propres de l'hôpital qui les héberge. C'est ainsi qu'ils ont engagé des dizaines de millions de FCFA pour pré-financer les examens de leurs patients. Lorsque le remboursement n'est pas effectué dans des délais raisonnables, l'hôpital court alors de vrais risques au niveau de son fonctionnement, et l'équilibre financier d'autres services que ceux prenant en charge le VIH/sida peut se trouver également menacé³¹. Enfin, lorsque les centres de traitement agréés considèrent ne plus être en état de faire l'avance, les malades candidats aux examens sont mis en listes d'attentes, ce qui peut contribuer à retarder la mise sous traitement de patients éligibles.

Ces faiblesses de l'offre de soin locale contribuent sans doute à entretenir le nombre des « perdus de vue », définis par le ministère de la Santé publique comme les personnes vivant avec le VIH/sida ayant engagé un traitement antirétroviral, mais l'ayant abandonné en cours de route, dont la proportion est estimée à 12 % par le ministère dans la cohorte totale des patients mis sous traitement (ministère de la Santé, 2007). Bien que ce chiffre ne soit pas forcément comparable avec les estimations publiées dans la littérature scientifique et soit contesté par certaines organisations non gouvernementales, il demeure dans la fourchette basse des estimations de perdus de vue dans les cohortes de patients sous traitement antirétroviral en Afrique [8]. Il est en tout cas établi que la mortalité est élevée chez ces patients perdus de vue dans le contexte africain [1].

Pour conclure : un futur incertain ?

Une partie des lacunes et des insuffisances que nous venons de relever devrait connaître certaines évolutions. Le passage à la gratuité, en modifiant plusieurs

³¹ Compte tenu de ces difficultés, dès le mois de janvier 2008, certains centres de traitement agréés se sont mis à exiger la somme de 21 000 FCFA des malades avant d'effectuer leur examen biologique. Cette mesure a occasionné des mouvements d'humeur de la part des malades sous traitement à travers des actes de désapprobation publique. Cette situation a mis en évidence la capacité limitée de l'état camerounais à supporter financièrement la politique de Scaling Up sans apports extérieurs substantiels.

des mécanismes du système d'approvisionnement et de distribution en antirétroviraux, a contribué à reporter les risques de goulots d'étranglement vers d'autres acteurs (notamment des centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux vers les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge), sans qu'il soit possible pour l'heure d'évaluer précisément la manière dont ces risques sont aujourd'hui gérés.

À ces dysfonctionnements du circuit de distribution, vient s'ajouter un autre problème majeur, qui a trait à la nature même du modèle d'approvisionnement qui a fonctionné jusqu'ici, caractérisé par une concentration autour des génériques acquis à bas coûts. Ce modèle menace d'être fortement déstabilisé par l'évolution des règles de la propriété intellectuelle, dans le nouveau contexte de l'Organisation mondiale du commerce déterminé, depuis 2005, par la fin du délai accordé pour l'incorporation dans les lois nationales et les pratiques locales des contraintes nées de la signature de l'accord de Marrakech. Il y a fort à craindre qu'en l'absence d'un renversement de tendance internationale, à l'avenir, les molécules inscrites dans les recommandations thérapeutiques ne puissent être acquises qu'à des prix nettement supérieurs aux prix d'acquisition actuels.

La politique de passage à l'échelle dans l'approvisionnement et la distribution des antirétroviraux promue par le Cameroun est riche d'enseignements. Il revient à la communauté des acteurs nationaux et internationaux engagés dans la lutte contre le VIH/sida au Cameroun de les analyser plus complètement pour y apporter les réponses appropriées.

Références bibliographiques

1. Brinkhof MW, Pujades-Rodriguez M, Egger M. Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings : systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2009 Jun 4 ; 4(6) : e5790.
2. Camara M, D'Almeida C, Orsi F, Coriat B. Procurement policies, governance models and availability of ARVs in some African francophone countries. An overview, In Coriat B, Éd. *The political economy of HIV/AIDS in developing countries. TRIPS, Public health systems and fee access*. Edward Elgar Publisher, London, 2008.
3. Chauveau J, Meiners MC, Luchini S, Moatti JP. Evolution of prices and quantities for ARV drugs in African countries : from emerging to strategic markets, In Coriat B, Éd. *The political economy of HIV/AIDS in developing countries. TRIPS, Public health systems and fee access*. Edward Elgar Publisher, London, 2008.
4. Comité national de lutte contre le sida. *Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des adultes et enfants vivant avec le VIH/sida au Cameroun*. CNLS, 2009.
5. Coriat B, D'Almeida C. Propriété Intellectuelle, « deuxième ligne », et accès aux traitements dans les pays du Sud. *Transcriptases* 2008 : n° 138.

6. Coriat B. A new stage in the fight against the HIV/AIDS pandemic. An economic perspective, In Coriat B, Éd. *The political economy of HIV/AIDS in developing countries. TRIPS, Public health systems and fee access*. Edward Elgar Publisher, London, 2008.
7. Coriat B, Éd. *The political economy of HIV/AIDS in developing countries. TRIPS, Public health systems and fee access*. Edward Elgar Publisher, London, 2008.
8. Geng EH, Bangsberg DR, Musinguzi N, Emenyonu N, Bwana MB, Yiannoutsos CT, Glidden DV, Deeks SG, Martin JN. Understanding Reasons for and Outcomes of Patients Lost to Follow-Up in Antiretroviral Therapy Programs in Africa Through a Sampling-Based Approach. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 ; Sep 10. [Epub ahead of print]
9. Laurent Ch. Évaluation à court et long terme de l'efficacité et de la tolérance d'une association d'antirétroviraux génériques utilisés au Cameroun. Essai Triomune. *Communication aux journées scientifiques du site Anrs Cameroun*, 25-26 septembre 2007.
10. Love J. 2007. Recent examples of the use of compulsory licenses on patents. *Knowledge ecology international research note 2007 : 2*, available at : http://www.keionline.org/misc-docs/recent_cls.pdf
11. Ministère de la santé du Cameroun. *Paquet subventionné des examens biologiques de suivi des personnes vivant avec le VIH/sida par les antirétroviraux (ARV) au Cameroun*. Décision, Yaoundé, 2001.
12. Ministère de la santé du Cameroun. *Plan Stratégique de lutte contre le sida 2000-2005*. Yaoundé, Cameroun 2000.
13. Ministère de la santé du Cameroun. *Nouvelle tarification des protocoles de première ligne de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida par les médicaments antirétroviraux (ARV) au Cameroun*. Décision, Yaoundé, 2003.
14. Ministère de la santé du Cameroun. *Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida, CNLS, 2006-2010*. Yaoundé, 2005.
15. Orsi F, Hasenclever I, Tigre P, Fiahlo B, Coriat B. IPRs, generic drugs and anti-AIDS policy : lesson from The Brazilian case, In Moatti JP, Coriat B, Souteyrand Y, et al., Eds. *Economics of AIDS and access to HIV-care in developing countries, issues and challenges*. Éditions de l'Anrs, Paris, 2003.
16. Orsi F, Camara M, Coriat B. AIDS, TRIPS and "TRIPS plus" The case for developing and less developed countries, In Andersen B, Éd. *Intellectual property rights : Innovation, governance and the institutional environment*. Oxford University Press, Oxford, 2006.
17. Orsi F, d'Almeida C, Hasenclever L, Camara M, Tigre P, Coriat B. Trips post-2005 and access to new antiretroviral treatments in southern countries : issues and challenges. *AIDS* 2007 : 21.
18. Sampath G. Economic aspects of access to medicines after 2005 : Product patent protection and emerging firm strategies in the Indian pharmaceutical industry. 2005 available at <http://www.who.int/intellectualproperty/studies/PadmashreeGehlSampathFinal.pdf>
19. World Health Organization. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : Recommendations for a public health approach*. 2006a, Revision, available at <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>.
20. World Health Organization *Toward universal access by 2010. How WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support*. 2006b WHO HIV/AIDS programme, Geneva, available at <www.who.int>

Chapitre 8

L'expérience camerounaise d'accès aux thérapies de seconde ligne

Cristina D'ALMEIDA, Mamadou CAMARA, Marie-José ESSI, Simona GAMBA, Benjamin CORIAT

Dans les pays à ressources limitées, l'accès aux antirétroviraux de seconde ligne, nécessaires aux patients dont les souches virales VIH ont développé des résistances aux traitements de première ligne initialement reçus¹ constitue un défi majeur. En effet, le besoin en traitements de seconde ligne s'accroît inexorablement, en raison de l'extension de l'accès aux antirétroviraux, de l'augmentation de la durée de traitement et de l'utilisation dans les traitements de première ligne de molécules à faible barrière génétique (lamivudine, névirapine, éfavirenz) et du suivi biologique limité des patients traités.

En dépit de la croissance de l'aide financière internationale, qui a pris son essor au début des années 2000, de nombreux obstacles subsistent aux niveaux national et local². En particulier, les pays de la région sub-saharienne sont confrontés à un environnement particulièrement difficile. Dans ce contexte, le programme de distribution des traitements antirétroviraux de seconde ligne, engagé par le Cameroun depuis 2007, fait de ce pays un cas à part dans la région.

Comme cela a été montré dans les chapitres précédents, le Cameroun s'est engagé avec succès dans une politique de santé publique, dont l'objectif est d'assurer « le passage à l'échelle » de l'accès aux médicaments antirétroviraux du VIH/sida et, dans une moindre mesure, aux tests diagnostiques et aux outils de suivi biologique des traitements.

Au Cameroun, l'administration de ces traitements a été rendue possible grâce à l'action coordonnée d'UNITAID, de la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative et du gouvernement camerounais lui-même, liés par un accord de coopération (Mémorandum of Understanding) signé en mai 2007. L'*encadré 1* donne une présentation plus détaillée de l'initiative UNITAID. L'objectif principal de l'accord consiste à fournir gratuitement aux patients, en cas de résistances virales aux traitements de première ligne (ou ceux nécessitant du ténofovir), cinq formulations simples d'antirétroviraux et trois combinaisons à doses fixes doubles, toutes inscrites dans la liste des médicaments de seconde ligne recommandés par l'OMS.

¹ Rappelons qu'en matière de traitement de première ligne, la combinaison à dose fixe lamivudine/stavudine/névirapine est de loin la formule thérapeutique la plus prescrite au Cameroun (50 % des patients, environ), suivie par la formule lamivudine/zidovudine/éfavirenz (20 % des patients). Pour plus de détails sur les régimes thérapeutiques utilisés au Cameroun, voir chapitre 7.

² Pour une revue d'ensemble des réalisations, comme des problèmes qui continuent de se poser, voir [6].

Encadré 1 : Principales caractéristiques de l'initiative UNITAID

UNITAID est une organisation née d'une initiative multilatérale lancée en 2006 par les gouvernements brésilien, chilien, français, norvégien et du Royaume-Uni, visant à promouvoir des baisses importantes de prix sur les marchés des médicaments, des tests et des outils de suivi pour le sida, la malaria et la tuberculose. À ce jour, l'organisation compte 29 pays donateurs, dont les contributions financières proviennent de taxes sur les billets d'avion ou d'autres sources pérennes

UNITAID opère le plus souvent sur la base de partenariats avec d'autres organisations investies dans le champ de la santé publique, telles que la William J Clinton HIV/AIDS Initiative ou l'UNICEF. Elle développe aujourd'hui son action dans 93 pays.

* <http://www.unitaid.eu/>

Au niveau opérationnel, les activités énumérées dans cet accord sont organisées comme suit : les fonds octroyés par UNITAID (970 000 euros en 2007 et 1,8 millions d'euros, en 2008³) sont gérés par le représentant local de la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative au Cameroun. Celui-ci est responsable de l'identification des fournisseurs et de la négociation des prix. Il s'assure également de la qualité des médicaments, ainsi que de leur bonne livraison à la centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels (CENAME) (pour le rôle de la CENAME, voir chapitre 7).

Depuis l'entrée en vigueur de l'accord, moins de 2 % des patients sous antirétroviraux ont accédé à un traitement de seconde ligne⁴.

Élargir l'accès aux médicaments de seconde ligne suppose que le gouvernement camerounais relève de nombreux défis. Il convient tout d'abord de pallier le manque de données fiables relatives aux résistances virales vis-à-vis des traitements, en raison de la précarité des infrastructures des services de santé et du recours insuffisant aux outils de suivi biologique. Il faut aussi renforcer significativement le nombre et la compétence des personnels de santé (et notamment les techniciens de laboratoire et les médecins). Il faut enfin réaliser ces tâches dans un contexte de forte dépendance vis-à-vis des financements internationaux.

L'objet de ce chapitre est double : il consiste, d'une part à présenter les succès comme les difficultés (sur les plans techniques, financiers et institutionnels) rencontrés par le système national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SYNAME) dans l'administration des traitements de seconde ligne et, d'autre part, à tirer quelques leçons de l'expérience des différentes organisations impliquées dans ce programme.

Dans une première partie, seront présentés les procédures mises en œuvre pour l'introduction des traitements de seconde ligne, ainsi que les principaux obstacles rencontrés, tant au niveau central qu'au long de la chaîne décentralisée

³ Sont compris dans ces coûts indirects les coûts de contrôle de la qualité, du stockage et de la distribution des médicaments (de seconde ligne pour les adultes et les formulations pédiatriques pour les enfants), soit 87 000 euros en 2007 et 160 000 en 2008. (Entretien personnel avec un représentant de la direction de la lutte contre les maladies, juillet 2009).

⁴ Aucune étude n'a été menée au niveau national pour quantifier la demande réelle en antirétroviraux de seconde ligne. Des statistiques tenues à jour dans des hôpitaux de référence (à Yaoundé et Douala) indiquent cependant que, approximativement, 16 % des patients bénéficiant d'un traitement de première ligne devraient changer de traitement.

Encadré 2 : Les principaux aspects de l'accord entre la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative et le gouvernement camerounais	
Caratéristiques générales	
Date d'entrée en vigueur	25 mai 2007
Durée de l'accord	Jusqu'au 31 décembre 2008, mais reconductible pour plusieurs périodes
Principaux objectifs	Accès gratuit aux antirétroviraux de seconde ligne pour la population adulte (cinq formulations individuelles, trois combinaisons à dose fixe)
Critères d'éligibilité	Patients diagnostiqués comme résistants aux traitements de première ligne ou ayant besoin de combinaisons à dose fixe comprenant du ténofovir
Engagements de la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative	Engagements du gouvernement camerounais
– Identifier un représentant local (point focal)	– Faciliter l'enregistrement des antirétroviraux avant les agences de sécurité sanitaires
– Distribuer des médicaments pré-qualifiés par l'OMS	– Assurer leur gratuité à tous les niveaux de la chaîne de distribution du SYNAME
– Promouvoir les savoir-faire et les compétences du Cameroun en matière de définition, de quantification et de management de la logistique des antirétroviraux	– Engagement du pays à ne pas violer les droits de propriété intellectuelle
– Faire progresser les compétences du Cameroun dans la coordination des différents mécanismes de financement internationaux sur le terrain	– Formuler les commandes à l'avance à la Fondation Clinton pour éviter les ruptures de stocks
	– Élaborer des rapports périodiques pour la Fondation Clinton

de distribution. Dans la seconde partie, seront analysés les difficultés et les enjeux (souvent sous-estimés) relatifs à l'accès aux outils de suivi biologique (taux de CD4 et mesure de la charge virale). Enfin, une conclusion résumera les principaux points acquis et s'efforcera de tirer quelques enseignements de portée générale. Les résultats présentés sont le produit d'une recherche bibliographique exhaustive et d'une série d'entretiens menés auprès des principaux acteurs camerounais impliqués dans la lutte contre l'épidémie, au cours d'une étude qui

s'est étendue sur presque trois années d'enquêtes, entrecoupées de cinq missions de terrain.

Cadre et contexte institutionnel de l'action

Comme cela a été décrit dans les chapitres précédents, la politique de décentralisation a considérablement élargi l'accès aux antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH/sida. En dépit des difficultés observées au cours de son déploiement, cette politique a contribué à favoriser l'accès aux tests diagnostiques, aux traitements et aux soins pour de nombreux patients qui, jusqu'alors, étaient contraints de parcourir de longues distances pour bénéficier de ces services et qui, de ce fait, y renonçaient souvent.

Cette politique d'accès élargi aux traitements, fondée sur la décentralisation des soins, relayée et prolongée par la mise en place de la gratuité en mai 2007, a toutefois imposé aux différentes parties prenantes du système national d'approvisionnement et de distribution (SYNAME) de se confronter à de sérieux défis. Il a fallu s'adapter aux évolutions de l'environnement institutionnel, tout en supportant une responsabilité renforcée en matière d'approvisionnement, de distribution et d'utilisation rationnelle des antirétroviraux (voir [3] et Chapitre 7).

L'accord entre la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative et le gouvernement camerounais est entré en vigueur le 25 mai 2007. La date d'expiration était fixée au 31 décembre 2008, mais le texte octroyait la possibilité aux parties de le reconduire⁵. Son objet est défini comme consistant à délivrer gratuitement aux populations adultes atteintes par le VIH/sida, en cas de besoin, des traitements de seconde ligne. Les médicaments retenus, à savoir cinq formulations d'antirétroviraux simples et trois combinaisons à doses fixes figurent tous dans la liste recommandée par l'OMS (*tableau 1*) et doivent répondre aux critères de qualité exigés par le système de pré-qualification de l'OMS, ou d'une autre agence compétente.

Les critères de sélection des patients qui bénéficieront des traitements sont également stipulés dans l'accord (dans son annexe A). Sont éligibles les personnes dont les souches virales VIH sont résistantes aux antirétroviraux de première ligne, ou qui nécessitent une combinaison à doses fixes composée de ténofovir et emtricitabine ou lamivudine. D'autres antirétroviraux sont également prévus dans l'accord (abacavir, atazanavir et ritonavir), à condition qu'ils soient disponibles sur le marché et considérés nécessaires par consensus entre chacune des parties.

L'accord entre la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative et le gouvernement camerounais se fixe pour objectif de renforcer les compétences du gouvernement en matière de définition, de quantification et de management de la logistique des antirétroviraux. Cependant, dans l'intervalle nécessaire pour que les autorités se dotent de capacités pleinement autonomes dans ce domaine, la Foundation Clinton a identifié un représentant national qui, travaillant en étroite coopération avec le gouvernement, est en charge de la coordination permanente du projet, de la distribution et de l'approvisionnement des médicaments, ainsi que de la préparation des formulaires de demande nationale.

⁵ En fait, l'accord a été renouvelé à deux reprises. Il est actuellement prolongé jusqu'en décembre 2010.

Tableau 1

Formulations des antirétroviraux listés dans le Memorandum of Understanding signé entre l'UNITAID, la Fondation Clinton et le gouvernement camerounais

Formulations simples	
Abacavir (ABC)	Tablettes, 300 mg et 600 mg*
Didanosine(ddl)	Tablettes, 250 mg et 400 mg
Ténofovir (TDF)	Tablettes, 300 mg
Atazanavir (ATV*)	Capsules ou tablettes, 150 mg
Ritonavir (RTV)*	Tablettes formulation thermostable, 100 mg
Combinaisons à dose fixe	
Lopinavir/ritonavir	Tablettes formulation thermostable, 200/50 mg
Ténofovir/lamivudine (TDF/3TC)	Tablettes, 300/300 mg
Ténofovir/emtricitabine (TDF/FTC)	Tablettes, 300/200 mg

* Formulations complémentaires.

Par ailleurs, l'accord se donne également pour objectif d'aider à coordonner les ressources disponibles pour la fourniture gratuite des antirétroviraux, ainsi que les ressources mises à disposition par les donateurs et partenaires internationaux opérant dans le pays dans une optique de complémentarité, en vue de faire bénéficier de ces traitements le plus grand nombre possible de personnes. L'accord vise ainsi la promotion des compétences managériales des opérateurs locaux.

En outre, dès lors qu'il a été signataire de cet accord, le Cameroun est devenu membre du consortium d'approvisionnement de la Fondation Clinton (regroupant les pays en développement éligibles). À ce titre, le pays peut bénéficier des réductions de prix négociées internationalement par la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative, y compris pour les antirétroviraux non explicitement mentionnés dans l'accord.

Afin d'accélérer l'accès aux traitements de seconde ligne, le gouvernement camerounais s'est engagé de son côté à faciliter l'enregistrement des antirétroviraux spécifiés dans l'accord auprès de l'agence nationale de sécurité sanitaire du pays. Il s'est engagé, par ailleurs, à supporter les coûts de dédouanement des médicaments et, enfin, à en garantir la gratuité à tous les niveaux de la chaîne de distribution du système national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SYNAME), et à prévenir toute tentative de détournement.

En matière de propriété intellectuelle, le Cameroun certifie qu'il ne violera pas les droits des tiers. Cette clause revêt pour le pays une importance particulière, compte tenu du fait que tous les médicaments de seconde ligne sont protégés par des brevets, et que le Cameroun, en tant que signataire de l'accord de Bangui, entre dans la catégorie des pays pour qui l'accord ADPIC (accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) doit s'appliquer pleinement depuis 2005 [10].

En contrepartie du soutien apporté par la Clinton Foundation au développement des compétences nécessaires à la gestion des antirétroviraux de seconde ligne,

le gouvernement est tenu de formuler et de transmettre tous les trimestres et à l'avance ses ordres de commande à la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative. Il doit également constituer la documentation nécessaire, en temps voulu, pour éviter les ruptures de stocks. De même, le pays doit assurer des conditions de stockage adéquates à tous les niveaux de la chaîne du SYNAME⁶. En matière de transparence, l'accord stipule enfin que le gouvernement camerounais doit élaborer des rapports périodiques et fournir une information « à jour » sur l'évolution de la coopération.

Les protocoles d'établissement de la demande et d'approvisionnement en antirétroviraux

Afin de bien saisir les spécificités des protocoles propres à l'acquisition et à la distribution des traitements de seconde ligne, il faut d'abord rappeler les grands traits du processus adopté pour les médicaments de première ligne, déjà évoqués dans le chapitre 7.

La détermination de la demande pour les médicaments de première ligne s'effectue par un processus qui part de la base vers le sommet. Les demandes sont formulées à partir du niveau le plus bas de la hiérarchie du SYNAME (les unités de prise en charge et les centres de traitement agréés). Ce « circuit » épouse et recouvre les différentes contraintes institutionnelles ou financières autour desquelles le programme camerounais est construit.

Il faut ici préciser que, si les traitements de première ligne sont majoritairement assurés par les financements du Fonds mondial, qui viennent s'additionner à des financements assurés par le gouvernement du Cameroun, ils sont acquis par la centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels (CENAME). Ce processus d'acquisition et d'approvisionnement requiert de la part des autorités (et notamment de la CENAME) des compétences particulières en matière d'identification et de sélection des fournisseurs et de négociation des prix, ainsi qu'une capacité de contrôle permanent de la qualité des médicaments.

Précisons encore que l'introduction de la gratuité de l'accès aux antirétroviraux depuis mai 2007 a, de son côté, contribué à renforcer les capacités de gestion des ressources financières du pays tout au long de la chaîne de distribution, construites à partir d'une structure complexe de facturations et de paiements entre acteurs au sein de la chaîne, tant pour ce qui concerne les antirétroviraux, que les kits diagnostiques et les outils de suivi biologique.

En pratique, l'établissement de la demande pour les médicaments de première ligne s'effectue suivant des protocoles codifiés de la manière suivante : d'un côté, le comité national de lutte contre le VIH/sida (CNLS), conjointement avec la direction de lutte contre les maladies⁷, définit les recommandations thérapeutiques et élabore, sur une base nationale, une estimation du nombre de patients affiliés aux différents schémas thérapeutiques. C'est ainsi qu'une « commande estimative » est passée au niveau hiérarchique le plus élevé et centralisé du système

⁶ Pour une meilleure compréhension de l'architecture et de la coordination institutionnelle du SYNAME, voir Camara et coll [3].

⁷ Le comité national de lutte contre le VIH/sida et la direction de la lutte contre les maladies sont des émanations du ministère de la Santé publique.

national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SYNAME). En parallèle, une « demande réelle » se construit également à partir du niveau le plus décentralisé (districts et régions), par l'intermédiaire des unités de prise en charge et des centres de traitement agréés qui, en se fondant sur leurs statistiques, recensent tous les mois la demande « actuelle », ainsi que le nombre de nouveaux patients nécessitant une thérapie.

Au sein du SYNAME, le circuit emprunté par les antirétroviraux et les matériels de laboratoire, s'agence sur trois niveaux hiérarchiques. Au niveau inférieur, les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge élaborent tous les mois leurs ordres de demandes d'antirétroviraux, auxquels ils adjoignent une demande additionnelle marginale, en vue de répondre aux situations d'urgence (tels que des changements de traitement inattendus ou l'augmentation du nombre de patients en provenance d'autres centres). Ensuite, les groupes techniques provinciaux analysent la conformité des ordres avec les estimations du comité national de lutte contre le VIH/sida (la « demande estimative »), avant de les transmettre aux centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux qui les compilent (c'est-à-dire recensent l'ensemble des demandes individuelles adressées par toutes les unités de prise en charge et les centres de traitement agréés). Après que le groupe technique central ait vérifié et validé les ordres compilés par le centre d'approvisionnement pharmaceutique provincial, ce dernier les approuve et les transfère trimestriellement à la centrale nationale d'approvisionnement (CENAME), qui, à son tour, dresse un rapport national chiffrant la demande globale de médicaments^{8, 9}. Avant de lancer les procédures d'appels d'offres internationaux (sur une base semestrielle), la centrale transmet ses statistiques de demande nationale au comité national de lutte contre le VIH/sida/direction de la lutte contre les maladies, afin de recevoir l'agrément définitif du ministère¹⁰.

En ce qui concerne l'origine des antirétroviraux acquis, dans nos travaux antérieurs, nous avons caractérisé le modèle camerounais d'approvisionnement en ces médicaments comme un modèle « centré sur les génériques » [3]. C'est ainsi que, jusqu'en 2007, les protocoles thérapeutiques définis par le ministre de la Santé se limitaient à un nombre réduit d'antirétroviraux de première ligne, presque exclusivement acquis auprès des entreprises de production de génériques¹¹. Soulignons que la place prise par les producteurs de génériques indiens (Cipla, Rambaxy et Hetero Drugs...), en raison des réductions considérables de coûts des traitements accordées au gouvernement camerounais (dans le cadre d'accords bilatéraux), a été décisive pour assurer la viabilité financière de ce modèle.

Pour ce qui concerne le modèle camerounais d'approvisionnement et de distribution, il est nécessaire de s'arrêter sur le rôle assumé par la CENAME. Depuis 2007, un statut de compagnie publique/privée lui a été accordé, lui conférant une autonomie pour l'acquisition des médicaments. Dans la mesure où elle centralise les demandes, elle a pu bénéficier de très importantes économies d'échelle, en

⁸ Voir Camara et coll pour une présentation détaillée du SYNAME [3].

⁹ La CENAME peut également modifier les demandes qui lui sont adressées par les centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux, compte tenu de l'état de ses stocks.

¹⁰ Ministère de la Santé publique, décision N° 176 du 19 avril 2007.

¹¹ Les protocoles de première ligne prescrits au Cameroun comprennent dix antirétroviraux (dont huit formulations individuelles et deux combinaisons à dose fixe).

raison des volumes achetés (90 % des médicaments sont importés), réduisant ainsi les coûts de négociation et de logistique. Avec l'amélioration de ses compétences managériales, elle a progressivement étendu son portefeuille d'achats à des produits tels que les réactifs et les équipements utilisés pour le suivi biologique (notamment la mesure des taux de CD4), et ce, avec le soutien financier de l'Association internationale de développement (de la Banque mondiale) et de l'UNICEF. Pour couvrir ses propres coûts, une marge de 15 % sur le total de ses achats est prélevée. Mais une partie de cette marge (à hauteur de 4,75 % du total des achats) est reversée au centre d'approvisionnement pharmaceutique provincial impliqué dans la gestion et la distribution des médicaments, afin de couvrir ses coûts de fonctionnement¹².

Aujourd'hui encore, les traitements de première ligne demeurent les protocoles les plus prescrits (97 % des patients sous antirétroviraux). La trithérapie lamivudine/stavudine/névirapine est délivrée dans la moitié des cas. En absence de versions génériques, la CENAME procède à ses achats, en engageant des négociations directes avec les compagnies pharmaceutiques titulaires de brevets, tels Bristol-Meyers Squibb (didanosine en comprimés, stavudine en solution orale et comprimés), Merck Sharp and Dohme (éfavirenz en poudre et comprimés, indinavir en comprimés), Roche (nelfinavir, en comprimés) et Boehringer Ingelheim¹³ (névirapine en comprimés).

Cependant, avec le temps, la multiplication des situations d'échecs thérapeutiques et les résistances virales observées chez un certain nombre de patients ont rendu nécessaire le recours aux traitements de seconde ligne. Ces médicaments étant couverts par des brevets, le Cameroun a dû faire face à des difficultés inédites.

L'accord entre la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative et le gouvernement camerounais est la solution qui s'est imposée pour surmonter l'obstacle.

L'absence d'un système intégré centralisant l'information relative au profil des patients et renseignant sur l'évolution de la pandémie, de même que l'accès insuffisant aux outils de suivi biologique, rendent toutefois ardue la quantification précise des besoins en antirétroviraux de seconde ligne.

Au Cameroun, les critères retenus pour déterminer si un patient est en situation d'échec thérapeutique, sont calqués sur les recommandations de l'OMS (voir les directives nationales de 2007 sur ce point), à savoir : échec clinique, immunologique et virologique. Cependant les tests de détermination de la charge virale et du taux de CD4 étant financièrement inabordables pour le programme national et pour les patients camerounais, comme dans la plupart des autres pays d'Afrique sub-saharienne, seuls les critères d'échec clinique sont, en pratique, utilisés.

Les recommandations du comité national de lutte contre le VIH/sida en matière de traitements de seconde ligne sont présentées dans le *tableau 2*. Est particulièrement encouragée la combinaison thermostable¹⁴ de lopinavir/ritonavir, associée

¹² Entretien personnel avec un représentant du centre d'approvisionnement pharmaceutique provincial Centre, février 2009.

¹³ Accord bilatéral avec le gouvernement camerounais.

¹⁴ Cette recommandation lopinavir/r en formulation thermostable est d'autant plus importante qu'il faut se souvenir que la plupart des unités de prise en charge et des centres de traitement agréés ne possède pas de chambre froide, ce qui rend impossible le stockage des formulations antérieures du lopinavir/r, qui doivent être conservées en chambre froide.

Tableau 2

Protocoles thérapeutiques de seconde ligne recommandés par le comité national de lutte contre le VIH/sida et % de patients traités (mai 2009)

Protocoles de seconde ligne	% de patients VIH/sida	Nbre de patients (adultes)
Lamivudine 150 mg/zidovudine 300 mg + lopinavir 200 mg/ritonavir thermostable 50 mg	0,35 %	227
Lamivudine 150 mg/zidovudine 300 mg + indinavir 400 mg	0,30 %	195
Abacavir 300 mg + ténofovir 300 mg + lopinavir 200 mg/ritonavir thermostable 50 mg	0,29 %	188
Abacavir 300 mg + didanosine 200 mg + lopinavir 200 mg/ritonavir thermostable 50 mg	0,25 %	162
Lamivudine 150 mg + didanosine 200 mg + éfavirenz 200 mg	0,18 %	117
Ténofovir 300 mg + lamivudine 150 mg + lopinavir 200 mg/ritonavir thermostable 50 mg	0,17 %	110
Zidovudine 300 mg + didanosine 200 mg + lopinavir 200 mg/ritonavir thermostable 50 mg	0,11 %	71
Autres	0,24 %	156
Total :	1,88 %	1 227

Source : CENAME, mai 2009.

à l'abacavir et au ténofovir. Toutes ces molécules sont protégées par des brevets et ne sont donc disponibles qu'à des prix élevés. L'initiative de l'UNITAID a donc été décisive pour rendre ces médicaments accessibles aux patients qui en ont besoin. L'intervention de la Fondation Clinton, dans le cadre de l'accord passé avec le gouvernement du Cameroun et l'UNITAID, a également permis d'éviter les coûts associés à la mise en œuvre de mécanismes permettant d'utiliser les « flexibilités » de la législation internationale sur les brevets, en particulier l'émission de « licences obligatoires », solution adoptée par la Thaïlande et le Brésil, à l'origine de nombreuses contraintes administratives et politiques¹⁵.

Cela posé, il faut constater que deux années après l'entrée en vigueur de l'accord, la distribution des médicaments de seconde ligne demeure marginale (seulement 1,89 % des patients en bénéficient). Cela peut être partiellement lié au fait que leur distribution est limitée aux centres de traitement agréés, contrairement aux médicaments de première ligne qui sont distribués dans tout le pays, *via* les unités de prise en charge décentralisées. Ces centres bénéficient de meilleures infrastructures et d'un personnel qualifié, capable de maîtriser les protocoles propres à l'administration de ces médicaments. Les manques de formations et de compétences du personnel de santé aux niveaux les plus décentralisés constituent une véritable barrière à la diffusion de ces nouveaux traitements et expliquent leur concentration dans quelques grandes villes.

L'établissement de la demande d'antirétroviraux de seconde ligne emprunte le même circuit que celui présenté plus avant. Les quelques hôpitaux de provinces

¹⁵ Une analyse et un bilan de l'action des grands pays du Sud, visant à utiliser les flexibilités des ADPIC pour permettre un approvisionnement d'antirétroviraux sous brevets, sont présentés en [3].

qui les prescrivent joignent leur commande au rapport adressé tous les mois à la centrale nationale d'achat de médicaments essentiels (CENAME). Mais, contrairement aux médicaments de première ligne, la procédure d'approvisionnement en traitements de seconde ligne implique l'intervention directe du représentant de la Fondation Clinton. Conformément au protocole signé entre les parties, c'est celle-ci qui gère la négociation des prix et l'acquisition des médicaments¹⁶, sans que soit sollicitée la CENAME. Le rôle de cette dernière est donc limité au dédouanement, au stockage des médicaments et à leur distribution aux différents centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux¹⁷.

Les mécanismes de distribution des traitements de seconde ligne au niveau décentralisé

Bien que l'établissement de la demande de médicaments de première et de seconde lignes suive la même trajectoire « bottom up » dans le SYNAME, leur distribution emprunte des voies clairement distinctes. En dépit d'une bonne synchronisation, au niveau central, entre la quantification des besoins en antirétroviraux de seconde ligne et l'approvisionnement effectué par la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative, l'accès effectif aux médicaments pour les patients est toutefois compromis par une série de problèmes et de difficultés dans la chaîne de distribution.

Sur le plan de la gestion, il n'existe pas, pour les médicaments de seconde ligne, de circuit de facturations et de paiements entre entités du SYNAME aussi harmonisé que celui régissant la circulation des antirétroviraux de première ligne¹⁸. À de nombreuses reprises, on a ainsi pu constater que l'aide financière accordée par la CENAME aux centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux ne leur parvenait qu'avec un retard souvent important. Dès lors, ces derniers, en accumulant les dettes, peuvent se retrouver dans une situation financière très fragile, ne leur permettant pas d'exécuter les ordres et les livraisons nécessaires au bon fonctionnement de la chaîne de distribution. De plus, en raison du manque d'infrastructures adaptées pour stocker les médicaments et de l'insuffisante préparation des personnels de santé, les programmations des livraisons aux différents centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux ne sont pas toujours conformes aux besoins et aux attentes, contraignant les patients à s'orienter vers d'autres centres que ceux de leurs districts. Enfin, des gaspillages de médicaments ont été observés, suite à une trop longue période de stockage au sein de certains centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux et centres de traitement agréés ou en raison de conditions de stockage sous-optimales. Cette situation a contraint le comité national de lutte contre le VIH/sida,

¹⁶ La Fondation Clinton a constamment privilégié les génériqueurs indiens (ayant pré-qualifié leurs médicaments auprès de l'OMS). Récemment, elle a sélectionné la compagnie Matrix, une filiale indienne de Mylan Inc, comme fournisseur des médicaments listés dans le memorandum signé avec le gouvernement camerounais (lopinavir/r, ténofovir et deux combinaisons à dose fixe utilisant du ténofovir) [11].

¹⁷ Comme nous le ferons remarquer en conclusion de ce chapitre, ces dispositions, excluant la CENAME de la sélection des fournisseurs et de la négociation des prix des médicaments de seconde ligne, dans la mesure où elles n'ont pas été relayées par des mesures correctives, constituent finalement un point faible de la coopération mise en place, la CENAME n'ayant pu étendre et faire progresser ses compétences managériales dans ces domaines cruciaux.

¹⁸ Pour une présentation de ces mécanismes, voir Chapitre 7.

qui dispose finalement du pouvoir de décider si une demande émanant d'un district doit ou non être satisfaite, à réduire la distribution de ces médicaments à certains centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux, impactant directement les échéanciers établis par les centres de traitement agréés.

Au niveau décentralisé du SYNAME, la fourniture des médicaments de seconde ligne est la prérogative des centres de traitement agréés. Ainsi, dès lors qu'un patient d'une unité de prise en charge est victime d'un échec thérapeutique, celui-ci est automatiquement renvoyé vers le centre de traitement agréé le plus proche afin de s'y faire prescrire un traitement de seconde ligne. Compte tenu du fait qu'il existe plus de 60 unités de prise en charge sur le territoire national pour seulement 24 centres de traitement agréés, il advient fréquemment que ces derniers soient confrontés à des demandes non anticipées ponctionnant leurs stocks de médicaments.

La CENAME et de nombreux centres de traitement agréés ont souvent rappelé que la disponibilité en médicaments de seconde ligne (ainsi que celle des formulations pédiatriques) est insuffisante au regard des besoins. Deux raisons paraissent expliquer cette situation : il semblerait qu'il existe un déséquilibre entre la demande estimative élaborée au sommet de la hiérarchie (comité national de lutte contre le VIH/sida/direction de la lutte contre les maladies) et la demande réelle, telle qu'elle s'exprime au niveau des centres de traitement agréés ; la seconde raison tiendrait au fait que les montants calculés au niveau décentralisé seraient, en pratique, ré-évalués et redéfinis à d'autres niveaux. Ces ré-évaluations peuvent être liées à l'analyse de l'état des stocks. Lors d'une rupture de stock pour certains médicaments de seconde ligne, les centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux peuvent décider, selon leurs propres critères, si la situation nécessite que tout ou partie du stock restant soit partagé entre les différents centres de traitement agréés, ce qui, en retour, peut perturber plus ou moins gravement la gestion de ces centres pour ce qui concerne leurs demandes effectuées. En outre, des défauts de coordination entre les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge, ainsi que la difficulté à acquérir des données fiables sur les besoins et l'utilisation de médicaments, font que la demande réelle peut être sous-estimée, ce qui conduit à des ruptures de stocks et d'approvisionnement.

Paradoxalement, en dépit de l'insuffisance de certains médicaments de seconde ligne, on recense dans certains centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux et centres de traitement agréés des médicaments dont la date de péremption est dépassée. En fait, même si la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative distribue des antirétroviraux présentant des délais de péremption raisonnables, les conditions sous-optimales observées dans la pharmacie de certaines unités de santé et les connaissances limitées d'une partie du corps médical en matière d'usage de ces traitements constituent des obstacles sérieux à la bonne gestion des antirétroviraux de seconde ligne. De nombreuses unités de soins décentralisées ne disposent pas de chambre froide individuelle et sont contraintes à stocker leurs médicaments avec ceux des autres services de leur hôpital d'accueil. En outre, les formations sensibilisant le personnel de santé à l'usage optimal de ces médicaments sont rares (une session par an, et pas toujours disponible pour les personnels concernés), ce qui peut entraîner, chez eux, une certaine forme de réticence à leur prescription.

Enfin, contrairement aux protocoles mis en place pour les traitements de première ligne et pour lesquels des dispositions claires permettent un transfert de ressources du comité national de lutte contre le VIH/sida aux centres de traitement agréés, les transferts relatifs à la seconde ligne paraissent moins formalisés. De plus, dans la mesure où l'aide financière peut mettre des mois avant d'être restituée aux centres de traitement agréés, ceux-ci doivent assumer les coûts indirects liés à la fourniture de ces médicaments, afin d'éviter toute rupture dans la prise des traitements et dans l'accès aux outils de suivi biologique.

Au total, plusieurs facteurs cumulent leurs effets pour aboutir au fait que la demande « virtuelle » construite au niveau central et la demande « réelle » formulée par les centres de traitement agréés tendent à être discordantes.

Rôle essentiel des outils de suivi biologique dans l'effectivité et la soutenabilité de l'accès aux traitements de seconde ligne

Les tests de suivi biologiques (mesure des CD4⁺, de la charge virale), ainsi que les tests de génotypage constituent un élément central dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida dans les pays industrialisés. Ces indicateurs fournissent en effet les données, permettant de déterminer le moment propice pour l'introduction d'un traitement antirétroviral, fixer le choix du schéma thérapeutique optimal, vérifier son efficacité et dépister les résistances virales. Il faut cependant constater que, dans les pays à ressources limitées, les progrès effectués pour la mise en place des tests de suivi biologique, en particulier pour les tests de quantification de la charge virale, sont restés modestes. La mesure de la charge virale pour l'essentiel, n'est pas pratiquée dans la plupart de ces pays [15]. Aux problèmes liés à la mise à niveau des compétences des personnels de santé s'ajoutent ceux de la mise en place et/ou de la mise aux normes des installations (alimentation électrique, contrôle de la température, entretien des équipements) [2].

Compte tenu du coût des tests biologiques, le suivi thérapeutique se limite à une évaluation irrégulière du système immunitaire (au moyen de la mesure des taux de CD4) et à l'examen clinique (l'accès aux tests de charge virale étant extrêmement limité). En raison d'un manque d'assistance technique, les équipements sont régulièrement hors d'usage pendant de longues périodes. En outre, les canaux d'approvisionnement et de distribution des consommables et des réactifs sont sujets à des dysfonctionnements, à l'origine de ruptures de stocks et de retards dans les remboursements de la CENAME aux unités décentralisées.

Au Cameroun, le suivi des personnes vivant avec le VIH/sida est réalisé au moyen d'une série de tests immunologiques, hématologiques et biochimiques (mesure du taux de CD4, numération de la formule sanguine, transaminases, amyliémie et glycémie), effectués à des moments bien précis. Le suivi biologique débute par l'identification du statut immunitaire du patient, effectué théoriquement à l'occasion d'un bilan d'orientation. À cela s'ajoutent un bilan pré-thérapeutique et un contrôle thérapeutique bisannuel. Le prix total de ces tests oscille entre 10,67 et 32 euros (*encadré 3*) [7]. Comme nous l'avons déjà indiqué, le coût du suivi biologique est partiellement subventionné par le gouvernement camerounais (à hauteur de 27,44 euros), grâce à l'aide financière du Fond mondial. Le solde est à la charge du patient. Quant aux tests de charge virale, pourtant essentiels dans le suivi thérapeutique des patients infectés par le VIH/sida,

Encadré 3 : Les tests de suivi biologique appliqués au Cameroun

Le bilan d'orientation. Praticué dès l'identification de la séropositivité. Il consiste essentiellement au comptage du nombre de CD4. Cet indicateur permet de définir si le patient doit ou non débiter immédiatement un traitement antirétroviral. À l'heure actuelle, le test de comptage des CD4 est facturé 10,64 euros.

Le bilan pré-thérapeutique. Il comprend quatre tests spécifiques : quantification de la formule sanguine, transaminases, amylasémie et glycémie. Le coût total s'élève à 17 euros. Ces tests sont censés identifier le moment le plus propice pour commencer le traitement antirétroviral et le traitement le plus adapté.

La surveillance biologique bisannuelle. Pour les individus déjà sous antirétroviraux. Elle repose sur le comptage des CD4, ainsi que sur les tests du bilan pré-thérapeutique, afin d'évaluer le système immunitaire du patient au cours du temps, l'efficacité du traitement et les possibilités de changement de traitement. Le coût total s'élève à 32 euros.

ils ne sont pas subventionnés. Leur coût, en pratique inabordable pour l'écrasante majorité des patients, constitue une véritable barrière à la réalisation du contrôle effectif de l'efficacité des traitements et à la meilleure compréhension des besoins (et des usages) en antirétroviraux de seconde ligne.

Il faut ici préciser que, à la différence du marché des antirétroviraux qui est relativement transparent et pour lequel la compétition entre firmes peut s'affirmer, le marché des outils de suivi biologique est un marché opaque, de nature oligopolistique et marqué par de fortes et multiples barrières à l'entrée. Sur ce marché, il n'existe pas (ou peu) de compétiteurs génériques. Les firmes leaders adoptent des stratégies d'intégration verticale¹⁹ pour maîtriser toutes les étapes de la technologie. L'absence de génériques, en particulier pour les tests de charge virale, se traduit ainsi pour les acquéreurs (la CENAME, dans notre cas) par l'absence de réelles marges de manœuvre dans le choix des fournisseurs.

Ces tests sont des produits à forte intensité technologique, dont la mise en œuvre requiert des compétences humaines hautement spécifiques, comme des infrastructures et des équipements coûteux. Au demeurant, la législation camerounaise définit avec précision les qualifications requises pour le personnel et les infrastructures des centres de traitement agréés²⁰. Sur le terrain cependant, on observe un « fossé » entre les compétences telles que définies par la loi et les compétences réelles du personnel. Une étude réalisée dans neuf villes

¹⁹ Les stratégies « d'intégration verticale », couramment pratiquées par les grandes compagnies pharmaceutiques, consistent à acquérir des petites firmes en biotechnologie (dont les activités sont liées à la technologie des outils de suivi biologique), afin de devenir les propriétaires exclusifs de toutes les étapes de la production. Cette stratégie est quelquefois désignée comme consistant à « construire des forteresses ».

²⁰ Selon l'article 3 de la décision ministérielle Nr. 0176/MSP/CAB, du 16 mars 2001, le fonctionnement d'un centre de traitement agréé est conforme si son personnel est composé d'un médecin, d'un professionnel paramédical et d'un professionnel du secteur de l'action sociale, tous formés à l'approvisionnement et au management des traitements. En outre, les centres de traitement agréés doivent disposer des équipements et des réactifs nécessaires pour effectuer les diagnostics de la tuberculose, la confirmation du statut HIV⁺ des patients et les tests biologiques. Enfin, ils doivent stocker suffisamment de médicaments pour traiter les infections opportunistes et non opportunistes.

camerounaises situées dans diverses provinces du pays²¹ montre que la qualité des ressources humaines dans les centres varie beaucoup (en quantité et qualité) d'une province à une autre et dépend de la présence et de l'organisation des hôpitaux. Dans de nombreux cas, il a également été observé que le personnel de santé dédié au traitement et aux soins des patients infectés par le VIH/sida ne consacrait pas exclusivement son temps à cette mission. Le nombre de techniciens de laboratoire, une catégorie de personnel essentielle à l'application des tests, est, dans de nombreux centres, insuffisant pour assurer un fonctionnement continu et sans accroc. Dans les centres de traitement agréés et les quelques unités de prise en charge disposant des infrastructures adaptées pour assurer le suivi thérapeutique, le nombre de personnel qualifié ne suffit pas pour répondre à la demande de tests, souvent considérable, des patients internes comme de ceux venant d'autres unités de prise en charge.

Dans certaines de ces unités, comme à l'Hôpital Nylon (Douala, Province du littoral), les personnels de santé sont pour moitié des travailleurs temporaires, ce qui peut compromettre la continuité des services dispensés. Pour des raisons purement financières, certains hôpitaux tarifient leurs tests de suivi biologique de manière différenciée, selon que les patients sont internes ou externes. Ces tarifs varient également entre les provinces et selon la technologie utilisée. Ainsi à l'Hôpital de Nylon, deux technologies de comptage des CD4 sont utilisées : le test Facscount, dont l'application se fait au prix de 15,2 euros et le test Cyflow, à 5,32 euros²².

Certains centres de traitement agréés ne disposent pas des ressources financières suffisantes pour acquérir un compteur de CD4 et sont contraintes d'en louer un (Nyété). Compte tenu du prix très élevé de ces machines, autour de 15 millions de FCFA pour le compteur Cyflow et 20 millions pour le compteur Facscount, seuls quelques hôpitaux de référence peuvent accéder à cette technologie. Dans ce cas, la demande de tests peut permettre la rentabilisation de l'investissement. Dans d'autres cas, même s'il existe une machine, les besoins exprimés par les patients infectés par le VIH/sida ne peuvent être pleinement satisfaits du fait des capacités techniques limitées des appareils et souvent aussi parce que ceux-ci sont mobilisés et utilisés par d'autres services de l'hôpital (Ebolowa). En raison de l'absence d'assistance technique de la part des fournisseurs, certains compteurs de CD4 ne fonctionnent qu'au ralenti ou deviennent obsolètes. C'est pourquoi, certains centres de traitement agréés acquièrent des machines de « substitution », moins complexes technologiquement, auprès d'autres fournisseurs²³. Le problème ne réside pas alors tant dans les coûts nécessaires à la maintenance des compteurs de CD4 (Facscout, Becton Dickinson, USA), car le Fonds mondial s'est engagé à supporter ces frais pour

²¹ Une étude locale visant à évaluer l'état actuel des réseaux de suivi biologique a été menée par notre équipe de recherche Sud dans neuf villes camerounaises entre novembre et décembre 2007. Les villes étudiées ont été : Buéa, Limbé, Tiko (Province du Sud-Est), Ebolowa, Nyete (Province du Sud), Bamenda (Province du Nord-Ouest), Bafoussam (Province Ouest), Bertoua (Province Est) et Douala (Province littorale). Parmi les unités de santé étudiées, deux étaient des hôpitaux privés (à Nyéte et à Tiko).

²² Le différentiel de prix entre les deux technologies de comptage s'explique essentiellement par leurs performances relatives, ainsi que par les coûts de maintenance des équipements. Selon les acteurs interrogés à l'hôpital de Nylon, même si la technologie du Facscount est plus complexe, elle est considérée comme plus efficace.

²³ Entretien personnels, Hôpital Nylon, (Douala, Province Littorale) et Hôpital militaire d'Ebolowa (Province du Sud), février 2009.

une grande quantité d'appareils, que dans l'absence d'un service après-vente efficace.

En outre, il convient de mettre en parallèle le coût des tests de suivi biologique (pris en charge partiellement par le gouvernement) avec les ressources financières de la majorité des patients infectés, qui vivent en dessous du seuil de pauvreté. Théoriquement, le gouvernement doit consacrer aux centres de traitement agréés et aux unités de prise en charge 1,52 euro/patient/mois²⁴ (dont la moitié est directement allouée au patient pour l'inciter à prendre son traitement et à surveiller l'évolution de sa maladie)²⁵. Mais cet argent n'est pas disponible de façon pérenne. Même si elle semble dérisoire lorsqu'on la compare au coût des outils de suivi biologique, cette assistance financière est toutefois très utile, car elle contribue souvent à ce que les patients accèdent aux services de santé. Il reste que, dans la plupart des cas, le coût du suivi thérapeutique est dissuasif pour beaucoup de patients. Son accès ne se démocratisera véritablement qu'à la condition que celui-ci s'inscrive dans la politique de gratuité menée par le ministère de la Santé.

Les contraintes financières, logistiques et managériales

Les procédures d'approvisionnement en outils de suivi biologique (compteur de CD4) diffèrent de celles engagées par les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge pour les antirétroviraux. La comparaison entre les marchés des outils de suivi biologique et des traitements est particulièrement riche d'enseignements, lorsqu'on s'intéresse aux différents types d'obstacles, de nature financière ou logistique, auxquels se heurtent les politiques de sélection des fournisseurs.

Sur le marché des outils de suivi, la concurrence est très limitée. En particulier, deux fournisseurs seulement se partagent le marché des machines de comptage des CD4 (Becton Dickinson, États-Unis, pour le Facscount et Partec, GmbH pour le CyFlow). Ces deux machines n'étant compatibles qu'avec leurs propres réactifs, les deux sociétés contrôlent les mécanismes de formation des prix et assurent exclusivement la maintenance de leurs appareils respectifs. Au Cameroun, on comptabilise un nombre plus important d'appareils Becton Dickinson. La projection des besoins en réactifs pour les CD4 formulée par le comité national de lutte contre le VIH/sida s'établit à 120 000 tests par an (soit deux tests/patient/an). Le prix unitaire est de 9,15 euros. Quant aux machines de charge virale, elles sont extrêmement rares. On n'en dénombre seulement six sur tout le territoire²⁶ et la plupart d'entre elles sont des dons d'organisations internationales (Esther, Médecins sans frontière...)

²⁴ L'acquisition des réactifs CD4 ne passe pas par les centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux, mais par contacts directs entre les centres de traitement agréés, les unités de prise en charge et la CENAME.

²⁵ Après le renforcement de la gratuité pour tous les patients sous traitements, le ministère camerounais de la Santé a mis en œuvre une politique d'incitation consistant en l'octroi d'une aide financière (1,52 euros/patient/mois) distribuée sous la forme suivante : 50 % au patient, 40 % à l'hôpital et 10 % dédiés à la maintenance de la pharmacie.

²⁶ À l'exception d'une machine "open system", développée par l'Anrs et installée au sein du laboratoire CREMER à Yaoundé, la plupart des équipements de mesure de la charge virale du pays est fournie par Abbott. Ils sont installés sur les sites suivants : laboratoire CREMER Centre Pasteur du Cameroun et CIRCB (Yaoundé, Province centrale), Hôpital Laquintinie et Hôpital général de Douala

La procédure d'acquisition des compteurs de comptage des CD4 est centralisée au niveau du comité national de lutte contre le VIH/sida et celle des réactifs au niveau de la centrale nationale d'achat de médicaments essentiels (CENAME). Contrairement à ce qui a été observé pour la gestion des antirétroviraux avant l'application de la politique de gratuité, les subventions relatives à l'utilisation des outils de suivi biologique n'émanent pas du comité national de lutte contre le sida (niveau centralisé), mais du groupe technique provincial. En règle générale, les hôpitaux préfinancent l'achat des réactifs et l'application des tests. Au bout de quelques mois, ils se font rembourser par le groupe technique provincial les sommes qu'ils ont avancées. Cependant, en raison des délais de remboursement (voire, dans certains cas, de l'absence même de remboursement), ces hôpitaux sont confrontés à une situation financière difficile.

Contrairement à ce qui prévaut en matière de distribution des antirétroviraux, les centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux ne participent pas de façon permanente au circuit. Ainsi, les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge peuvent emprunter différents canaux. Les premiers s'approvisionnent en réactifs, soit auprès des centres d'approvisionnement pharmaceutiques provinciaux, soit directement auprès de la CENAME, cependant que les seconds recourent aux hôpitaux de districts qui sont eux-mêmes ré-approvisionnés par la CENAME. Dans la plupart des cas, les unités de santé supportent les coûts de transport. Tous les représentants des centres de traitement agréés que nous avons interrogés au cours de notre étude de terrain ont fait état de la survenue de ruptures de stocks, en raison des carences dans la gestion des ordonnancements. Cette fonction est déléguée par les centres de traitement agréés au groupe technique provincial, qui, par la suite, transmet les ordres au comité national de lutte contre le sida. Comme pour les antirétroviraux, les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge jouissent d'une autonomie limitée dans la définition de leurs demandes, ces dernières pouvant être modifiées aux niveaux hiérarchiques supérieurs.

Une ultime difficulté, qui grève le bon fonctionnement du système, réside dans l'absence d'une assistance technique régulière de la part des fournisseurs de machines. En fait, cela n'intervient que dans des situations extrêmes, lorsque l'équipement est en panne. Et dans la plupart des cas, les compteurs de CD4 restent hors service pendant une longue période. Cette situation impacte directement l'approvisionnement et la distribution des réactifs, car la CENAME est alors contrainte de stocker de grandes quantités de produits sur lesquels pèse le risque du dépassement de la date de péremption. Aussi, pour éviter les gaspillages (financiers et en réactifs), la CENAME peut être amenée à réduire l'approvisionnement en réactifs des centres de traitement agréés jugés non correctement équipés. C'est ainsi que l'agence a établi un système de quotas pour certains centres, qui peuvent ainsi se trouver à court de matériel et ne pas être en état de procéder aux tests et aux mesures nécessaires au bon suivi des patients.

(Douala, Littoral, Province littorale), Mutengéné (Province du Sud-Ouest). Données recueillies auprès d'un représentant de Esther (Paris). Entretien réalisé en octobre 2009.

Conclusions et enseignements

Au terme de cette étude, quelques conclusions et enseignements peuvent être proposés.

1. Il faut tout d'abord constater que dans le cas du Cameroun, en dépit d'un engagement clair des pouvoirs publics et des conventions passées avec des organisations internationales (UNITAID et Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative) possédant une forte expérience dans le domaine de l'accès aux soins, le nombre de patients sous traitements de seconde ligne reste faible, au regard des besoins.

Cette faiblesse du taux de couverture s'explique par de nombreux facteurs. Tout d'abord, l'absence dans le pays de structures adéquates et suffisamment développées pour les tests de suivi biologique fait qu'il est impossible de disposer d'une vue claire sur les besoins réels en traitements de seconde ligne. Les protocoles mis en place pour cette estimation visant à pallier la carence de mesure de la charge virale aboutissent sans aucun doute à une sous-estimation des besoins. Ils se traduisent finalement par le fait que seule une petite partie des personnes vivant avec le VIH/sida ayant besoin d'une deuxième ligne est finalement détectée et déclarée éligible aux traitements. À cela, il faut ajouter que certains dysfonctionnements dans la chaîne logistique (ruptures de stocks, non-exécution de certains ordres passés, ...) font qu'au sein même de la population reconnue éligible aux traitements de seconde ligne, des pertes peuvent se produire. Une autre raison qui explique cette situation tient au fait que la « gratuité » est imparfaite. Elle ne concerne que l'accès aux antirétroviraux. Pour l'administration des tests de suivi biologique, les patients sont sollicités sur leurs deniers, ce qui est souvent hors de leurs possibilités, et se traduit par des abandons.

2. En ce qui concerne les conventions qui ont permis l'accès aux traitements de seconde ligne, plusieurs remarques s'imposent.

Compte tenu du coût des traitements de seconde ligne, très supérieur à celui des traitements de première ligne, force est de constater que le financement de l'UNITAID a joué un rôle décisif. En son absence, le Cameroun, comme au demeurant la quasi-totalité des pays à ressources limitées, n'aurait sans doute pas pu envisager la mise en place d'un circuit d'administration de seconde ligne.

Cependant, à l'usage, les conventions passées ont montré quelques limites. La première est que l'UNITAID ne prend en charge que l'achat des antirétroviraux et pas celui des outils de suivi biologique et de leur mise en place à travers le pays. Du fait de la complémentarité étroite entre la mise en place de ces outils et la détermination des besoins en antirétroviraux (en qualité et quantité), des problèmes importants ont surgi, tant dans l'évaluation de la population éligible aux traitements de seconde ligne, que dans la bonne exécution des traitements aux personnes élues elles mêmes. Enfin, si la Clinton Foundation HIV-AIDS Initiative s'est acquittée de sa tâche, acquérir les antirétroviraux de seconde ligne et les mettre à la disposition de la CENAME avec compétence et diligence, tout indique que, contrairement aux attentes et aux engagements, le protocole mis en œuvre ne s'est pas traduit par un transfert de compétences et de savoir-faire auprès des acteurs locaux. La centrale nationale d'achat de médicaments essentiels, exclue du processus de sélection des fournisseurs et de négociation avec eux, s'est trouvée reléguée à un simple rôle de stockage et de distribution pour les antirétroviraux de seconde ligne. Cette situation est d'autant plus

regrettable que sur le marché des médicaments de première ligne, elle avait fait la démonstration de ses compétences.

3. Pour finir, quelques enseignements de portée très générale, dépassant largement le seul cas du Cameroun, nous paraissent s'imposer.

Le premier tient au fait que tout processus de mise en place de distribution de traitements de seconde ligne bute sur la question décisive de la mise en place des réseaux d'outils de suivi biologique. Il y a là une complémentarité essentielle, fondatrice, le succès de l'une étant conditionné par le bon déploiement de l'autre.

Cela implique que toute politique de seconde ligne doit également considérer non seulement l'acquisition à une échelle cohérente avec les besoins des outils de suivi biologique, mais aussi l'installation des laboratoires d'analyses capables, à l'échelle, d'effectuer les tests et les mesures. Se posent alors à la fois des problèmes de qualité des équipements et de leur maintenance au cours du temps, et des problèmes de formation des personnels, à même d'utiliser, conduire et gérer ces équipements.

Dans le cas du Cameroun, des carences et des déficiences multiples se sont manifestées à ces différents niveaux, montrant de manière éclatante qu'en matière d'accès à la seconde ligne, « la disponibilité » des antirétroviraux *n'est que la pointe visible de l'iceberg*. Le succès des politiques de seconde ligne dépend en effet de la mise en place des structures techniques et des ressources humaines capables de permettre le suivi biologique des patients, ce qui, finalement, constitue le véritable défi qu'il faut affronter et auquel il faut apporter des solutions viables et durables. Rappeler ce point est d'autant plus important que les dispositifs de financement mis en place par les principaux bailleurs internationaux opérant dans le domaine du sida ne semblent pas, pour l'heure, avoir pris toute la mesure du problème.

L'ultime remarque a trait aux questions de prix, de coût, de marché et de propriété intellectuelle, toutes questions qui, pour l'heure, grèvent lourdement les politiques de mise en place de l'accès aux traitements de seconde ligne.

En effet, si l'accès aux antirétroviraux de première ligne a connu au cours de la décennie 2000 une évolution favorable, permettant, grâce notamment à l'entrée des génériques, que le coût des trithérapies les plus simples, passe de quelques milliers de dollars par personne/an à moins de 100 dollars aujourd'hui, rien de tel ne s'est produit sur les marchés, pourtant complémentaires, des antirétroviraux de seconde ligne et des outils de suivi.

L'échéance de 2005, qui marque la fin du délai accordé aux pays en développement pour se mettre en conformité avec les règles des ADPIC, signifie qu'en pratique, la quasi-totalité des traitements de seconde ligne, couverts par des brevets, ne pourra plus, en régime normal et sauf exceptions fort complexes à mettre en œuvre, être produite ou acquise sous forme de génériques. Cette absence de compétition se traduit par des prix extrêmement élevés de ces médicaments qui, avec la croissance continue des besoins en traitements de seconde ligne, vont rapidement devenir insoutenables, s'ils ne le sont pas déjà, pour les budgets des programmes sida des pays en développement. Des dispositions urgentes et énergiques doivent être prises pour mettre fin à cette situation.

En matière d'outils de suivi, la situation est, par certains côtés, plus préoccupante encore. En effet, comme nous l'avons montré dans le cours de ce texte, le marché des outils de suivi est un marché opaque, très oligopolistique, où quelques firmes

exercent une forte domination. La politique suivie par ces firmes consistant à livrer des packages intégrés (équipements, réactifs, consommables...), les acquéreurs sont capturés dans des marchés au sein desquels ils ne peuvent pas faire jouer la concurrence, les éléments des packages livrés par les différentes firmes n'étant pas compatibles les uns avec les autres.

Ici encore, compte tenu de l'ampleur des besoins, une action sur le marché doit permettre de parvenir à faire régner la transparence, la concurrence et la compatibilité des matériels, afin de parvenir à une indispensable baisse des prix.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement Mme Sinata Koulla-Shiro pour l'aide et le soutien apporté tout au long de cette recherche au Cameroun, ainsi que le Dr. Patricia Mouné, qui nous a consacré beaucoup de temps (au cours des nombreux entretiens qu'elle nous a accordés) pour nous initier au fonctionnement du SYNAME et au rôle clé joué, à bien des égards, par la CENAME dans la chaîne d'approvisionnement et de distribution.

Les auteurs remercient aussi vivement Simona Gamba, stagiaire au CEPN, dont la mission au Cameroun, en juillet-août 2009, s'est traduite par la collecte d'une moisson précieuse de données complémentaires concernant l'accès aux traitements de seconde ligne et aux formulations pédiatriques.

Références bibliographiques

1. Anrs. *Évaluation du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux : impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH (EVAL)*. Anrs, Paris, juin 2009.
2. Calmy A, Ford N, Hirschel B, Reynolds S J, Lynen L, *et al.* HIV Viral Load Monitoring in Resource-Limited Regions : Optional or Necessary ? *Clinical Infectious Diseases* 2004 ; 44 : 128-34.
3. Camara M, d'Almeida C, Orsi F, Coriat B. Procurement Policies, Governance Models and Availability of ARVs in some African Francophone Countries : An Overview, In Coriat B, Éd. *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*. Edward Elgar Publisher, London, 2008.
4. CENAME (centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels). *Catalogue des antirétroviraux*. CENAME, juin 2009.
5. Clinton Foundation and Cameroon. *Protocole d'accord entre l'Initiative de la Fondation Clinton contre le VIH/SIDA et le gouvernement du Cameroun pour la fourniture des traitements de deuxième ligne contre le VIH/SIDA pour les adultes*. Mai 2007.
6. Coriat B, Éd. *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*. Edward Elgar Publisher, London, 2008.
7. Essi MJ, Ndzana IB, Tchataat VG. *Le suivi biologique et le plateau technique des centres de traitement agréés dans la prise en charge globale du VIH/sida au Cameroun*. Rapport de terrain n° 4, mars 2008.

8. Kouanfack C, Montavon C, Laurent C, Aghokeng A, Kenfack A, *et al.* Low Levels of Antiretroviral-Resistant HIV Infection in a Routine Clinic in Cameroon that Uses the World Health Organization (WHO) Public Health Approach to Monitor Antiretroviral Treatment and Adequacy with the WHO Recommendation for Second-Line Treatment. *Clinical Infectious Diseases* 2009 ; 48, 1318-22.
9. Laurent C, Kouanfack C, Vergne L, Tardy M, Zekeng L, *et al.* Antiretroviral Drug Resistance and Routine Therapy, Cameroon. *Emerging Infection Diseases* 2006 ; 12(6) : 1001-4.
10. Orsi F, Camara M, Coriat B. AIDS, TRIPS and "TRIPS plus" : The Case for Developing and Less Developed Countries, In Andersen B, Éd. *Intellectual Property Rights : Innovation, Governance and the Institutional Environment*. Oxford Press University, Oxford, 2005.
11. REDORBIT. *Mylan's Matrix Selected by the Clinton HIV/AIDS Initiative and UNITAID as the Primary Supplier of Five Second-Line and Seven Pediatric HIV/AIDS Treatments*. April 2009, available at www.redorbit.com
12. République du Cameroun – Ministère de la Santé publique. *Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des adultes et enfants vivant avec le VIH/sida au Cameroun*. Rapport de progrès n° 12, mars 2009.
13. République du Cameroun – Ministère de la Santé publique. *Décision n° 0457/MSP/CAB du 30 juin 2006, fixant le prix du paquet subventionné du bilan pré-thérapeutique et du bilan semestriel de suivi des personnes vivant avec le VIH/sida sous antirétroviraux au Cameroun*. 2006.
14. République du Cameroun – Ministère de la Santé publique. *Décision N° 176/MSP/CAB du 10 avril 2007, fixant la nouvelle tarification des protocoles de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida par les médicaments antirétroviraux et les médicaments pour les infections opportunistes au Cameroun*. 2007.
15. Rouet F, Rouzioux C. HIV-1 Viral Load Testing cost in Developing Countries : What's New?. *Expert Rev Mol Diagn* 2007 ; 7(6) : 703-7.

Chapitre 9

Décentralisation de la prise en charge et performance des ressources humaines : connaissances, pratiques et conditions de travail des médecins impliqués dans la prise en charge du VIH/sida au Cameroun

Sophie RASSON, Sylvie BOYER, Cécile-Renée BONONO, Lionel FUGON, Camélia PROTOPOPESCU, Marielle AULAGNIER, Pierre ONGOLO-ZOGO, Jean-Paul MOATTI, Maria-Patrizia CARRIERI et le groupe d'étude EVAL – Cameroun

Bien que des progrès significatifs aient eu lieu au cours des dernières années dans l'accès aux médicaments antirétroviraux, les pays d'Afrique sub-saharienne restent confrontés à des défis considérables pour atteindre l'objectif, adopté au niveau international, d'accès universel aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida [24]. La crise des ressources humaines constitue l'un des obstacles les plus importants au passage à l'échelle des programmes de prise en charge du VIH/sida [5, 11, 21, 26]. Ces pays ont souffert d'un sous-investissement chronique dans les ressources humaines consacrées à la santé au cours des 20 dernières années et font face aujourd'hui à une pénurie aiguë en personnels de santé qualifiés, à des niveaux de rémunération insuffisants, sans perspective de carrière et avec des conditions de travail difficiles [7, 15, 25, 29].

Ces professionnels de santé jouent pourtant un rôle déterminant dans la qualité des soins et, notamment, dans ses deux dimensions essentielles, la qualité technique (définie par la façon dont les soins respectent les normes définies) et la qualité du service (définie par la manière dont les services répondent aux attentes des usagers et à leurs valeurs, et sont ainsi capables de favoriser l'observance aux traitements et l'acceptation des méthodes de prévention). Ces deux dimensions de la qualité des soins sont reconnues comme des facteurs clés de l'efficacité des services de santé [3], et s'avèrent particulièrement importantes dans le cas de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida [2, 26].

Afin de pouvoir assurer la mise en œuvre des programmes nationaux de prise en charge du VIH/sida dans un contexte de pénurie des ressources humaines, de nouveaux modèles de délivrance des traitements antirétroviraux et de suivi ont été développés et expérimentés dans un nombre croissant de pays africains [20, 29]. Ces modèles, moins intensifs en personnel hautement qualifié, reposent sur la délégation des tâches (Task Shifting, selon la terminologie anglo-saxonne) des personnels les plus qualifiés vers des personnels moins qualifiés (d'une part des médecins vers les infirmiers et, d'autre part, des infirmiers vers les autres professionnels de santé, y compris les agents de relais communautaires). Dans

le cadre de ces dispositifs, les médecins continuent de jouer un rôle central dans la prescription et le suivi des traitements antirétroviraux, mais doivent adapter leurs fonctions aux contraintes liées à la montée en charge des programmes et à l'introduction de nouvelles formes de division du travail avec les autres professionnels de santé.

Au Cameroun, la mise en œuvre du programme national d'accès aux antirétroviraux, qui repose depuis 2001 sur une stratégie de décentralisation de la prise en charge, a permis de rendre accessible le traitement sur l'ensemble du territoire et d'augmenter significativement le nombre de patients ayant accès aux traitements. Des recommandations nationales pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida ont été définies, afin d'assurer la mise en œuvre opérationnelle du programme. Conformément aux recommandations de l'OMS, les procédures de mise sous traitement des patients ont notamment été simplifiées au niveau des hôpitaux de district, afin de permettre l'initiation du traitement, lorsque les centres ne disposent pas de l'équipement nécessaire à la mesure du taux de CD4 : ainsi, le traitement antirétroviral est initié chez les patients classés au stade 3 ou 4 de la maladie, ainsi que chez ceux classés au stade 2, et dont le taux de lymphocytes totaux est inférieur à 1 200 cellules/mm³ [16, 28].

Bien que le Cameroun ait été classé par l'OMS parmi les 57 pays connaissant une pénurie critique des ressources humaines¹ [29], la délégation des tâches n'a pas été adoptée officiellement comme stratégie nationale dans le cadre du passage à l'échelle de l'accès aux antirétroviraux, bien qu'elle soit déjà préconisée par les autorités au niveau des unités de prise en charge de district. Le modèle de soins camerounais continue de reposer en grande partie sur les médecins responsables de la prescription des antirétroviraux. Toutefois, l'initiation effective du traitement et le choix du protocole, proposés par le médecin, doivent être soumis à discussion et validation par le comité thérapeutique de l'établissement, qui regroupe de façon hebdomadaire ou bi-mensuelle, l'ensemble des personnels impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida (médecins, paramédicaux et assistants sociaux et, éventuellement, agents de relais communautaires). Par ailleurs, un nombre significatif de structures de prise en charge (centres de traitement agréés et unités de prise en charge) a pris l'initiative d'introduire la délégation des tâches, notamment pour des consultations médicales de suivi, des médecins vers le personnel paramédical, afin de faire face à l'alourdissement de la charge de travail induit par l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral. Une description détaillée du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux et des recommandations nationales pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida ont été présentées dans le chapitre 3.

Afin de contribuer au débat actuel sur l'amélioration des ressources humaines pour la santé dans le contexte de pays à ressources limitées, ce chapitre se propose de décrire les connaissances, attitudes, pratiques et conditions de travail des médecins impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida aux différents niveaux de décentralisation des services de soins au Cameroun.

¹ En 2007, le nombre de médecins et d'infirmiers pour 10 000 habitants était respectivement de 2 et 16, contre 20 à 25 médecins et 90 à 120 infirmiers pour 10 000 dans les pays occidentaux [30].

Méthode

Collecte des données

La méthodologie détaillée de l'enquête EVAL – Anrs 12 116 est présentée dans l'annexe du chapitre 3. L'ensemble des médecins impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, dans les 27 centres de traitements où s'est déroulée par ailleurs l'enquête auprès des patients (n = 105), a été sollicité, afin de remplir un questionnaire anonyme auto-administré. Celui-ci a été construit à partir de questionnaires déjà utilisés dans des études auprès de professionnels de santé en Afrique [22]. Le questionnaire abordait successivement les domaines suivants : les caractéristiques socio-démographiques des médecins, la formation et l'expérience dans le domaine du VIH, les conditions de travail, les pratiques et les connaissances sur le VIH et le traitement par antirétroviraux, les opinions sur la politique de décentralisation de l'accès à ces médicaments, les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida.

Les connaissances des médecins ont été évaluées à partir de dix questions, dont sept à plusieurs modalités de réponse, couvrant quatre principaux domaines de l'infection à VIH : les traitements prophylactiques, les conditions d'initiation du traitement antirétroviral, le suivi des patients traités et la prise en charge des femmes enceintes. Les questions utilisées et les réponses « correctes » attendues, au regard de l'état des connaissances scientifiques et des recommandations nationales de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida [16] sont présentées dans le *tableau 1*. Pour les besoins de l'analyse statistique, l'absence de réponse a été assimilée à une réponse incorrecte. Quatre médecins répondants, qui n'avaient donné de réponse à aucune des questions portant sur les connaissances, ont été exclus de l'analyse portant sur cet aspect du questionnaire. Un score global de connaissance [0-27] a été construit, en accordant un point à chaque réponse « correcte » du *tableau 1*. Un coefficient alpha de Cronbach a été calculé, afin de tester la consistance interne de ce score de connaissances (seuil fixé à 0,8).

Les pratiques de délégation des tâches ont été évaluées à partir de la déclaration des médecins concernant le fait de confier les consultations de routine pour le suivi des personnes vivant avec le VIH/sida aux infirmiers. Les attitudes envers les personnes séropositives ont été mesurées selon le degré d'accord sur une échelle de Likert en cinq points (de « pas du tout » à « tout à fait d'accord »), avec une série d'items déjà validés pour mesurer la stigmatisation/discrimination à l'égard des personnes atteintes [22]. Des questions construites sur le même modèle ont porté sur les attitudes à l'égard de la décentralisation du programme national d'accès au traitement antirétroviral.

Analyses statistiques

Trois principaux domaines de la performance des ressources humaines ont été étudiés et comparés entre les trois niveaux de décentralisation (centres de traitement agréés du niveau central, centres de traitement agréés des capitales provinciales, unités de prise en charge des hôpitaux de district) : les connaissances et pratiques des médecins dans la prise en charge du VIH, les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida et les conditions de travail. Les comparaisons ont été mesurées à l'aide du test de χ^2 ou du test de Fisher pour

Tableau 1
Questions et réponses correctes utilisées pour le calcul du score de connaissance¹
 (enquête EVAL – Anrs 12 116)

		Réponse correcte ²
Prophylaxie chez les patients infectés par le VIH/sida		
Quels sont les patients infectés par le VIH qui doivent être mis sous cotrimoxazole ?	Tous les patients infectés par le VIH qui sont symptomatiques	Vrai
	Tous les enfants dont la mère est infectée par le VIH jusqu'à preuve de leur séronégativité	Vrai
Chez un adulte de poids moyen, quelle est la posologie du cotrimoxazole que vous utilisez en prophylaxie des infections opportunistes ?	800 + 160 mg/jour	Vrai
Initiation des traitements antirétroviraux		
Dans quels cas un patient infecté par le VIH est-il éligible au traitement ARV ?	Patient au stade clinique 2 de l'OMS dont le taux de CD4 n'est pas connu	Faux
	Patient au stade clinique 4 de l'OMS	Vrai
	Patient au stade clinique 2 de l'OMS et dont le taux de CD4 est égal à 300	Faux
	Patient dont le taux de CD4 est inférieur à 200	Vrai
	Patient au stade clinique 2 et dont le nombre de lymphocytes totaux est inférieur à 1 200 si les CD4 ne sont pas disponibles	Vrai
Avant de prescrire et démarrer les ARV, quels examens doivent être prescrits ?	NFS complète (numération différentielle, des lymphocytes totaux et des plaquettes)	Vrai
	Numération des CD4	Vrai
	Transaminases hépatiques : ASAT, ALAT	Vrai
	Glycémie à jeun	Vrai
Quels sont les différents protocoles ARV recommandés en 1 ^{re} ligne au Cameroun ?	AZT/3TC/névirapine	Vrai
	D4T/3TC/névirapine	Vrai
	AZT/3TC/éfavirenz	Vrai
	AZT/D4T/éfavirenz	Faux
	D4T/3TC/éfavirenz	Vrai
Quelles sont les contre-indications de l'AZT ?	Hémoglobine inférieure à 7 gr	Vrai
	Neuropathie périphérique	Faux
	Transaminases élevées	Faux
Suivi des patients sous antirétroviraux		
Quels sont les effets secondaires les plus graves de la névirapine ?	Allergies cutanées sévères, voire mortelles	Vrai
	Cytolyse hépatique	Vrai
	Neuropathie périphérique	Faux

Quelle conduite tenir avec un patient sous Triomune® qui déclare une tuberculose après le démarrage de son traitement ?	Remplacer la névirapine de la Triomune® par l'éfavirenz et démarrer un traitement contre la tuberculose	Vrai
Prise en charge des femmes enceintes		
Quel(s) protocole(s) prescrire à une femme enceinte depuis plus de 28 semaines et séropositive au VIH ?	Monothérapie par AZT si les CD4 sont inférieurs à 200	Faux
	Trithérapie contenant de l'AZT si les CD4 sont inférieurs à 200	Vrai
Imaginez le cas où vous suivez une patiente séropositive sous ARV. Elle est sous protocole éfavirenz/AZT/3TC depuis 2 ans et vous apprend qu'elle est enceinte depuis 8 semaines. Quelle conduite tenir par rapport à son traitement ?	Modifier le traitement en remplaçant la molécule éfavirenz par névirapine	Vrai

ARV = antirétroviraux.

¹ Réponse correcte attendue, au regard de l'état des connaissances et des recommandations nationales de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida en vigueur au Cameroun au moment de l'enquête [16].

² Un point est accordé pour chaque réponse correcte (vrai ou faux) ; 0 point sinon.

les variables catégorielles et avec le test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables continues. Pour chacune des variables sélectionnées, la répartition des données manquantes entre les trois niveaux de décentralisation a été vérifiée.

Les caractéristiques des médecins associées à un score de connaissance élevé ont été identifiées en analyses univariées à l'aide de modèles de régression linéaire, après normalisation de la distribution du score. Les variables dont la p-valeur associée était inférieure à 0,15 ont été considérées éligibles pour l'analyse multivariée. Une procédure de sélection descendante pas-à-pas a ensuite été utilisée pour construire le modèle multivarié final. Le niveau de significativité a été fixé à $\alpha = 0,05$.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS® (version 15.0 pour Windows).

Résultats

Au total, 105 médecins étaient impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida dans les 27 hôpitaux participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116 ; parmi eux, 97 ont accepté de répondre au questionnaire, soit un taux de réponse de 92,3 %. Parmi ces répondants, 40 (41,2 %) exerçaient au niveau central, dans les huit centres de traitement agréés de Yaoundé ou Douala, 22 (22,7 %) au niveau provincial et 35 (36,1 %) au niveau du district.

Les structures hospitalières où exerçaient les médecins disposaient pour la plupart (20/27, soit 74,1 %) de l'équipement nécessaire, selon les recommandations nationales, à l'initiation du traitement antirétroviral et au suivi biologique des personnes vivant avec le VIH/sida, comprenant notamment le matériel pour la numération des CD4/CD8 (voir aussi le *tableau 1* du chapitre 3). Parmi les sept structures (25,9 %) ne bénéficiant pas du matériel pour la numération des CD4, six se situaient au niveau des unités de prise en charge de district et cinq (dont le centre de traitement agréé concerné) possédaient un automate d'hématologie permettant la numération des lymphocytes totaux. De façon attendue, le nombre

de patients traités par antirétroviraux suivis par un médecin était significativement plus faible au niveau des districts, par rapport aux niveaux provincial et central², de même que le nombre de patients par personnel soignant (médecin et infirmier).

Comparaison des caractéristiques des médecins en fonction du niveau de décentralisation

Caractéristiques socio-démographiques des médecins

Aucune différence significative n'a été relevée pour les caractéristiques socio-démographiques des médecins selon les trois niveaux de décentralisation, excepté pour le genre, avec une plus faible proportion d'hommes dans les hôpitaux du niveau central (67,5 % *versus* 74,3 % au niveau des districts et 95,5 % au niveau provincial ; $p = 0,03$). La majorité d'entre eux (environ 80 %) était médecin généraliste et avait bénéficié d'une formation complémentaire à la prise en charge par antirétroviraux (*tableau 2*).

Tableau 2
Principales caractéristiques des médecins impliqués dans la prise en charge du VIH/sida, selon le niveau de décentralisation au Cameroun
(enquête EVAL – Anrs 12 116)

	Total (n = 97)	Central (n = 40)	Provincial (n = 22)	District (n = 35)	p-valeur ¹
	% ou médiane [IIQ]				
Genre masculin ²	76,3	67,5	95,5	74,3	0,03
Âge – <i>en années</i> *	37,0 [30,0 ; 45,0]	37,0 [31,0 ; 43,0]	38,0 [28,0 ; 45,0]	36,0 [29,0 ; 47,0]	0,992
Vit en couple (maritalement ou non)	67,7	69,2	78,9	60,0	0,371
Médecins généralistes*	81,1	73,0	88,9	85,7	0,320
A suivi une formation complémentaire sur la prise en charge par antirétroviraux*	76,9	75,0	82,4	76,5	0,897
A réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois	54,2	60,0	50,0	50,0	0,675
A réalisé un test de dépistage pour l'hépatite B au cours des 12 derniers mois	56,3	62,5	59,1	47,1	0,393

* Données manquantes = [5 – 7,5 %].

¹ Test de comparaison entre les trois niveaux de décentralisation (central, provincial et de district) utilisant le test du Chi² et/ou le test de Fisher pour les variables catégorielles, et le test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

² Données manquantes < 5 %, recodées dans la modalité la plus fréquente.

² Celui-ci s'élève à (médiane [IIQ]) : 211 [126 ; 514] au niveau central, 335 [129 ; 797] au niveau provincial et 61 [34, 164] au niveau du district. Un descriptif détaillé des caractéristiques des hôpitaux ayant participé à l'enquête EVAL – Anrs 12 116 est présenté dans le *tableau 1* du chapitre 3.

Expérience, pratique et connaissances des médecins (tableaux 3a et 3b)

La moitié des médecins avait au moins quatre années d'expérience dans la prise en charge de patients sous antirétroviraux, avec une tendance à une expérience un peu plus longue chez les médecins exerçant dans les centres de traitement agréés (niveaux central et provincial), comparés à ceux exerçant dans les unités de prise en charge (médiane [IIQ] : 4 ans [2 ; 8], *versus* 3 ans [2 ; 6], $p = 0,08$).

Concernant les pratiques des médecins dans l'organisation de la prise en charge du VIH, la quasi-totalité d'entre eux consultait à la fois des personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres patients ; seulement 6,3 % se consacraient uniquement à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida. Environ 40 % ont déclaré réaliser eux mêmes le conseil post-test à l'issue d'un diagnostic positif du VIH. Plus de deux tiers (68,8 %) déclaraient donner systématiquement eux-mêmes des explications sur la prise des médicaments et des conseils à l'observance aux patients initiant un traitement antirétroviral (le plus souvent, en collaboration avec un autre membre du personnel paramédical de l'équipe de soins).

Concernant les pratiques par rapport aux recommandations nationales, bien que 75 % des médecins interrogés se soient déclarés favorables, en principe, à l'utilisation des lymphocytes totaux comme critère d'éligibilité au traitement antirétroviral, une minorité (7,9 %) rapporte utiliser effectivement la numération des lymphocytes totaux et la classification de l'OMS comme principal critère de décision pour l'initiation de ce traitement. Les mêmes résultats ont été observés dans les sept unités de prise en charge ne possédant pourtant pas de matériel pour la numération des CD4/CD8. Par ailleurs, 77,1 % des médecins ont déclaré participer régulièrement au comité thérapeutique de leur établissement et 42,2 % déléguer formellement une partie du suivi médical des patients au personnel soignant. La délégation des tâches organisée était plus fréquemment rapportée par les médecins exerçant dans les unités de prise en charge (51,4 % au niveau du district, *versus* environ 35 % aux niveaux provincial et central ; $p = 0,01$).

Enfin, pour les connaissances sur le VIH et les traitements antirétroviraux, aucune différence significative n'a été relevée aux différents niveaux de décentralisation. Le *tableau 3b* révèle que 82,8 % des médecins possédaient une bonne connaissance des critères d'éligibilité des patients aux traitements et environ 90 % connaissaient au moins trois des protocoles recommandés en première ligne, ainsi que le bilan pré-thérapeutique à effectuer avant l'initiation des antirétroviraux. En revanche, les connaissances des médecins étaient moins bonnes sur le suivi de patients sous antirétroviraux et la prise en charge des femmes enceintes : seulement 59,1 % d'entre eux connaissaient les effets secondaires les plus graves de la névirapine, 68,8 % les changements de traitement à effectuer chez un patient sous Triomune® déclarant une tuberculose et 73,1 % les protocoles de première ligne recommandés chez une femme enceinte depuis plus de 28 semaines. Le plus faible pourcentage de réponses correctes (45,2 %) concernait les indications relatives à la prescription du cotrimoxazole chez les enfants nés de mères séropositives.

Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida et opinions des médecins sur la politique de décentralisation de la prise en charge du VIH (tableau 3c)

Aucune différence significative n'a été observée entre les médecins aux différents niveaux de décentralisation par rapport à leur engagement dans des

Tableau 3

Connaissances, pratiques, attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) et conditions de travail des médecins impliqués dans la prise en charge du VIH/sida, selon le niveau de décentralisation au Cameroun

(enquête EVAL – Anrs 12 116, n = 97)

3a. Expérience et pratiques dans la prise en charge du VIH, au regard des recommandations nationales

	Total (n = 97)	Central (n = 40)	Provincial (n = 22)	District (n = 35)	p-valeur ¹
	% ou médiane [IIQ]				
Expérience dans la prise en charge du VIH/sida – <i>en années</i>	4,0 [2,0 ; 7,5]	4,0 [2,0 ; 8,0]	4,0 [1,5 ; 6,0]	3,0 [2,0 ; 6,0]	0,215
Nombre de personnes vivant avec le VIH/sida consultées au cours des 7 derniers jours					
– ≤ 50 patients	82,1	74,4	81,8	91,2	0,193
– > 50 patients	17,9	25,6	18,2	8,8	
Consulte exclusivement des PVVS	6,3	7,5	0,0	8,8	0,491
Réalise systématiquement le conseil post-test	43,3	42,5	50,0	40,0	0,939
Participe au comité thérapeutique					
– toujours ou régulièrement	77,1	75,0	90,5	71,4	0,256
– rarement ou jamais	22,9	25,0	9,5	28,6	
Conseille les patients sur la prise des antirétroviraux en association avec d'autres membres de l'équipe					
– non	31,2	28,2	35,0	32,4	0,901
– oui	68,8	71,8	65,0	67,6	
Est favorable au recours à la numération des lymphocytes totaux pour initier les ARV, en l'absence de mesure du taux de CD4**	73,9	72,2	73,7	75,8	1,000
Critères les plus souvent utilisés pour décider la mise sous ARV***					
– stade clinique CDC sida	30,3	33,3	25,0	30,3	0,114
– classification OMS et CD4	61,8	63,9	75,0	51,5	
– classification OMS et lymphocytes totaux	7,9	2,8	0,0	18,2	
Participe aux activités d'associations de personnes vivant avec le VIH/sida*	22,8	23,1	22,2	22,9	1,000
Met en relation les patients avec des associations de personnes vivant avec le VIH/sida**	58,4	65,7	71,4	42,4	0,065
Délégation aux personnels paramédicaux des consultations de suivi des PVVS sous ARV ²	42,2	37,5	36,4	51,4	0,012

* Données manquantes = [5 – 7,5 %]; ** données manquantes = [7,5 – 10 %]; *** données manquantes = [10 – 15 %].

¹ Test de comparaison entre les 3 niveaux de décentralisation (central, provincial et de district) utilisant le test du Chi² et/ou le test de Fisher pour les variables catégorielles, et le test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

² Données manquantes < 5 % recodées dans la modalité la plus fréquente.

3b Connaissances des médecins sur le VIH et les traitements antirétroviraux (ARV)

% de réponses correctes	Total (n = 93)*	Central (n = 39)	Provincial (n = 20)	District (n = 34)	p-valeur ¹
Indications pour le traitement prophylactique des infections opportunistes par cotrimoxazole chez l'adulte	73,1	74,4	65,0	76,5	0,863
Indications pour le traitement prophylactique des infections opportunistes par cotrimoxazole chez l'enfant né de mère séropositive	45,2	46,2	50,0	41,2	0,683
Posologie du cotrimoxazole pour le traitement des infections opportunistes chez l'adulte	76,3	82,1	65,0	76,5	0,549
Principaux critères de mise sous ARV (a)	82,8	79,5	85,0	85,3	0,508
Bilan pré-thérapeutique minimal avant l'initiation des ARV (b)	91,4	92,3	95,0	88,2	0,552
Protocoles recommandés en première ligne (c)	90,3	89,7	90,0	91,2	0,839
Principales contre indications de l'AZT (d)	84,9	79,5	95,0	85,3	0,464
Principaux effets secondaires de la névirapine (e)	59,1	64,1	50,0	58,8	0,628
Stratégie recommandée si un patient déclare une tuberculose alors qu'il est sous Triomune®	68,8	61,5	80,0	70,6	0,386
Protocole recommandé en en première ligne chez les femmes enceintes de plus de 28 semaines	73,1	74,4	70,0	73,5	0,928
Stratégie recommandée si une femme séropositive est sous éfavirenz/AZT/3TC depuis deux ans et enceinte depuis huit semaines	77,4	76,9	85,0	73,5	0,753
Score total (sur 27) – médiane [I/Q]	23,0 [19,0–25,0]	23,0 [19,0–25,0]	23,0 [20,0–24,0]	22,0 [17,7–24,2]	0,533

* Après exclusion de quatre médecins ayant abandonné le module « Connaissances de la prise en charge du VIH » et après recodage des données manquantes en mauvaise réponse.

¹ Test de comparaison entre les trois niveaux de décentralisation (central, provincial et de district) utilisant le test du Chi² et/ou le test de Fisher pour les variables catégorielles et le test de Kruskal-Wallis pour les variables continues. (a) A cité au moins stade clinique 4 de l'OMS et CD4 < 200/mm³. (b) A cité au moins CBC, CD4, ASAT/ALAT et glycémie. (c) A cité au moins 3 protocoles parmi les 4 suivants : AZT/3TC/NVP, D4T/3TC/NVP, AZT/3TC/EFV, D4T/3TC/EFV. (d) A cité au moins hémoglobine < 7 g/l. (e) A cité au moins allergie cutanée sévère ou cytolysse hépatique.

associations de patients ou d'ONG, ou encore par rapport à leurs principaux motifs d'implication dans la prise en charge du VIH (résultats non présentés).

Un fort consensus opposé à des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH/sida était observé chez ces médecins, ainsi qu'un fort engagement en faveur de l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux

3c. Attitudes des médecins envers les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) et le programme camerounais d'accès aux antirétroviraux (ARV)

% de médecins « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec les opinions suivantes :	Total (n = 97)	Central (n = 40)	Provincial (n = 22)	District (n = 35)	p-valeur ¹
– les PVVS ont besoin de sympathie et de solidarité	90,3	87,5	94,7	91,2	0,738
– les PVVS souffrent beaucoup**	65,9	57,9	68,8	73,5	0,406
– les PVVS sont responsables de ce qui leur arrive***	6,9	5,6	5,9	8,8	0,865
– les PVVS sont dangereuses pour les autres**	26,4	13,5	29,4	39,4	0,046
– les PVVS coutent chers à la société**	51,1	35,1	41,2	73,5	0,003
– les PVVS ont droit au meilleur traitement médical possible*	92,3	92,1	95,0	90,9	0,908
– les ARV devraient être gratuits pour tous les patients	69,1	74,4	55,0	71,4	0,299
– le programme camerounais d'accès aux ARV offre l'opportunité de mieux répondre aux besoins des PVVS	99,0	100,0	100,0	97,1	0,588
– le programme camerounais d'accès aux ARV détourne les ressources de l'État au détriment d'autres programmes de santé publique davantage ou tout aussi prioritaires	8,2	0,0	9,1	17,1	0,011
– un professionnel de santé qui suit des PVVS risque d'avoir mauvaise réputation	6,5	5,1	5,6	8,6	0,863
– un plus grand nombre de PVVS devrait bénéficier d'un traitement ARV	89,1	86,8	89,5	91,4	0,908

* Données manquantes = [5 – 7,5 %]; ** données manquantes = [7,5 – 10 %]; *** données manquantes = [10 – 15 %].

¹ Test de comparaison entre les trois niveaux de décentralisation (central, provincial et de district) utilisant le test du Chi² ou le test de Fisher pour les variables catégorielles et le test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

et à leur gratuité pour les patients (*tableau 3c*). Néanmoins, les médecins ayant déclaré « *que les personnes vivant avec le VIH/sida étaient dangereuses pour les autres* » et « *qu'elles coûtaient cher à la société* » étaient significativement plus nombreux aux niveaux du district et provincial : 39,4 % des médecins dans les services de district, 29,4 % au niveau provincial et 13,5 % au niveau central étaient totalement ou plutôt d'accord avec la première déclaration et 73,5 %, 41,2 % et 35,1 % respectivement étaient totalement ou plutôt d'accord avec la seconde déclaration.

Conditions de travail (*tableau 3d*)

Quel que soit le lieu d'exercice, une large majorité des médecins exprimait un sentiment d'insatisfaction vis-à-vis de ses conditions de travail : seuls 25 % d'entre eux se déclaraient satisfaits de la rémunération de leur activité dans l'établissement et le niveau de rémunération mensuel qu'ils considéraient comme

3d. Conditions de travail

	Total (n = 97)	Central (n = 40)	Provincial (n = 22)	District (n = 35)	p-valeur ¹
% ou médiane [IIQ]					
Statut de l'emploi*					
– fonctionnaire	62,6	65,8	73,7	52,9	0,403
– contractuel, salarié	22,0	15,8	21,1	29,4	
– bénévole	15,4	18,4	5,3	17,6	
Appréciation de la charge de travail :					
– trop lourde (besoin d'appui)	31,9	47,4	22,7	20,6	0,035
– élevée, moyenne ou faible	68,1	52,6	77,3	79,4	
Appréciation de la collaboration avec le personnel non médical :					
– insatisfaisante/pas de collaboration	18,8	17,5	18,2	20,6	0,995
– plutôt satisfaisante	56,3	57,5	54,5	55,9	
– très satisfaisante	25,0	25,0	27,3	23,5	
Satisfaction par rapport à la rémunération perçue (très ou assez satisfaits)	25,0	23,1	15,8	32,4	0,428
Rémunération issue de l'activité médicale	250,0	250,0	232,0	217,0	0,295
– $X 10^3$ CFA Ft	[200,0 ; 330,2]	[180,0 ; 400,0]	[140 ; 300]	[200,0 ; 325,5]	
Rémunération considérée comme satisfaisante – $X 10^3$ CFA Ft	450,0	400,0	500,0	450,0	0,908
	[337,5 ; 700,0]	[300,0 ; 800,0]	[350,0 ; 650,0]	[325,0 ; 675,0]	
Activité clinique privée	20,4	17,9	31,6	17,1	0,400
Le programme d'accès aux ARV manque d'encadrement et de supervision (plutôt ou tout à fait d'accord) ²	57,7	72,5	72,7	31,4	0,001
Dispose des moyens techniques nécessaires à la mise en œuvre du programme d'accès aux ARV (plutôt ou tout à fait d'accord) ²	42,3	37,5	27,3	57,1	0,063
Dispose du pouvoir décisionnel nécessaire pour exercer ses responsabilités dans la mise en œuvre du programme d'accès aux ARV (plutôt ou tout à fait d'accord) ²	48,5	47,5	36,4	57,1	0,312

* Données manquantes = [5 – 7,5 %]; ** données manquantes = [7,5 – 10 %]; *** données manquantes = [10 – 15 %]; † données manquantes = [15 – 20 %].

¹ Test de comparaison entre les trois niveaux de décentralisation (central, provincial et de district) utilisant le test du Chi² ou le test de Fisher pour les variables catégorielles, et le test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

² Données manquantes < 5 % recodées dans la modalité la plus fréquente.

satisfaisant était en moyenne deux fois plus élevé que celui qu'ils percevaient au moment de l'enquête. Près d'un tiers des médecins estimait avoir une charge de travail trop lourde, et ce particulièrement au niveau central (47,4 %), et près

de 20 % déclaraient avoir une activité clinique en dehors de l'établissement leur permettant d'augmenter leurs revenus.

Enfin, un peu plus de la moitié d'entre eux rapportait un manque d'autonomie décisionnelle attribuée dans la mise en œuvre du programme d'accès aux anti-rétroviraux (51,5 %), un manque de moyens techniques (57,7 %) et un manque d'encadrement et de supervision (57,7 %).

Facteurs associés à un bon score de connaissance chez les médecins

Le coefficient alpha de Cronbach du score de connaissance était de 0,852, confirmant la validité du score. Le score moyen de connaissance s'élevait à 21,2 sur 27 (écart type 4,8) et la médiane et son intervalle interquartile [IIQ] à 23 [19 ; 25]. Aucune différence significative n'a été identifiée aux trois niveaux de décentralisation, avec un score médian [IIQ] de 23 [19 ; 25] au niveau central, 23 [20 ; 24] au niveau provincial, et 22 [18 ; 25] au niveau du district ($p = 0,53$) (*tableau 3b*).

En analyse univariée, les facteurs significativement associés à un meilleur score de connaissance étaient les suivants (*tableau 4*) :

- l'expérience et la formation des praticiens : avoir suivi une formation complémentaire sur la prise en charge par antirétroviraux ($p = 0,002$), consulter un nombre élevé de personnes vivant avec le VIH/sida (50 et plus au cours des sept derniers jours, $p = 0,001$) et avoir effectué soi-même un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois ($p = 0,050$) ;
- les conditions de travail et les pratiques : être satisfait de la collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante ($p = 0,040$) et avec les autres médecins impliqués dans le suivi des personnes vivant avec le VIH/sida ($p = 0,020$), participer régulièrement au comité thérapeutique de l'établissement ($p = 0,001$) et mettre en relation les patients avec des associations de personnes vivant avec le VIH/sida ($p < 0,001$) ;
- les attitudes des praticiens envers les personnes vivant avec le VIH/sida : ne pas ressentir de gêne personnelle à aborder le sujet du dépistage avec les patients ($p = 0,001$) et avoir une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH/sida³ ($p = 0,010$).

Les associations significatives au seuil de 5 % en analyse univariée étaient confirmées, après ajustement multivarié, à l'exception du fait de consulter un nombre élevé de patients, d'avoir une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH/sida et d'avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois. Le modèle final, obtenu après sélection des variables significativement associées à un bon niveau de connaissance, est présenté dans le *tableau 4*.

Discussion

Bien qu'il soit largement reconnu que l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux implique la présence de professionnels de santé formés et motivés à tous

³ Pour les besoins de cette analyse, une attitude positive a été assimilée au fait d'avoir répondu être « plutôt » ou « tout à fait » d'accord aux deux items suivants : « une personnes vivant avec le VIH/sida a besoin de sympathie et de solidarité » et « a droit au meilleur traitement médical possible ».

Tableau 4
Facteurs associés au score de connaissance (régression linéaire)
 Enquête EVAL – Anrs 12 116 (n = 93)

	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	Coefficient	IC 95 %	p	Coefficient	IC 95 %	p
Caractéristiques socio-démographiques						
Âge – en années	-0,01	[-0,03 ; 0,01]	0,330			
Genre masculin (réf.)	0,20	[-0,27 ; 0,67]				
Formation et expérience						
Niveau de décentralisation de la formation sanitaire où le médecin exerce						
– central (Yaoundé & Douala) (réf.)						
– provincial	0,02	[-0,52 ; 0,56]	0,950			
– district	-0,18	[-0,64 ; 0,28]	0,450			
Formation initiale						
– médecin généraliste (réf.)						
– médecin spécialiste	-0,50	[-1,04 ; 0,03]	0,070*			
Formation complémentaire à la prise en charge par ARV						
– non (réf.)						
– oui	0,72	[0,27 ; 1,17]	0,002*	0,44	[0,004 ; 0,88]	0,048
Possède au moins 3 ans d'expérience dans la prise en charge du VIH						
– non (réf.)						
– oui	0,15	[-0,26 ; 0,55]	0,480			
Nombre de PVVS consultés au cours des 7 derniers jours						
– < 50 (réf.)						
– ≥ 50	0,87	[0,36 ; 1,38]	0,001*			
A réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois						
– non (réf.)						
– oui	0,40	[-0,80 ; 0,00]	0,050*			
Conditions de travail						
Charge de travail considérée comme trop lourde						
– non (réf.)						
– oui	0,39	[-0,05 ; 0,82]	0,080*			
Collaboration avec les autres médecins impliqués dans la prise en charge des PVVS dans l'hôpital						
– pas de collaboration, pas du tout satisfait ou plutôt pas satisfait de la collaboration (réf.)						
– tout à fait satisfait ou plutôt satisfait de la collaboration	0,72	[0,13 ; 1,31]	0,020*	0,70	[0,17 ; 1,23]	0,010
Collaboration avec les personnels non médicaux impliqués dans la prise en charge des PVVS dans l'hôpital						

Tableau 4 (fin)
Facteurs associés au score de connaissance (régression linéaire)
 Enquête EVAL – Anrs 12 116 (n = 93)

	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	Coefficient	IC 95 %	p	Coefficient	IC 95 %	p
– pas de collaboration, pas du tout satisfait ou plutôt pas satisfait de la collaboration (réf.)	0,57	[0,05 ; 1,10]	0,040*	–	–	–
– tout à fait satisfait ou plutôt satisfait de la collaboration						
Est satisfait par rapport à la rémunération perçue pour son activité à l'hôpital						
– non (réf.)	0,39	[– 0,11 ; 0,90]	0,130*			
– oui						
Pratiques						
Participation au comité thérapeutique						
– rarement ou jamais (réf.)	0,80	[0,34 ; 1,27]	0,001*	0,50	[0,06 ; 0,95]	0,028
– toujours ou régulièrement						
Participation aux activités d'associations de PVVS						
– non (réf.)	0,38	[– 0,12 ; 0,87]	0,140*	–	–	–
– oui						
Délégation des consultations de suivi des PVVS sous ARV						
– non (réf.)	0,21	[– 0,21 ; 0,63]	0,32			
– oui						
Mise en relation des patients avec des associations de PVVS						
– non (réf.)	0,71	[0,33 ; 1,10]	0,001*	0,42	[0,04 ; 0,80]	0,031
– oui						
Prescription systématique du test de VIH						
– non (réf.)	0,41	[0,04 ; 0,85]	0,080*	–	–	–
– oui						
Attitudes						
Gêne ressentie à aborder le sujet du dépistage						
– non (réf.)	– 0,81	[– 1,42 ; – 0,09]	0,001*	– 0,62	[– 1,17 ; – 0,06]	0,03
– oui						
Attitude positive envers les PVVS ¹						
– non (réf.)	0,54	[0,13 ; 0,95]	0,010*	–	–	–
– oui						

* Les variables associées au score de connaissances avec une p-valeur < 15 % ont été introduites dans le modèle multivarié.

¹ Avoir répondu être « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » aux deux items suivants : « une PVVS a besoin de sympathie et de solidarité » et « une PVVS a droit au meilleur traitement possible ».

les niveaux de la pyramide sanitaire (de district, provincial et central), très peu de travaux ont été consacrés à l'évaluation de l'engagement et de la performance des médecins impliqués dans la prise en charge du VIH dans le contexte africain [4, 22]. Cette étude est une des rares à documenter les pratiques, attitudes et connaissances des médecins dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, ainsi que leurs conditions de travail, dans un contexte de passage à l'échelle des programmes de traitement antirétroviral et de décentralisation de la prise en charge.

Nos résultats suggèrent une relative homogénéité des conditions de la prise en charge sur l'ensemble du territoire camerounais : très peu de différences significatives ont en effet été observées aux différents niveaux de décentralisation en termes de conditions de travail, de connaissances, de pratiques professionnelles et d'attitudes envers les patients. Ils permettent cependant de souligner les facteurs susceptibles de limiter l'efficacité de la politique de décentralisation de la prise en charge du VIH au Cameroun dans le domaine des compétences techniques, mais aussi de l'organisation du travail et des facteurs clés de motivation, tels que la rémunération, l'encadrement technique et l'autonomie décisionnelle. Enfin, ils démontrent l'importance de la collaboration entre professionnels de santé pour l'amélioration des connaissances et, en particulier, le rôle essentiel joué par le comité thérapeutique comme outil de formation continue.

Limites de l'étude

Les limites de cette étude ne doivent pas être omises. D'une part, la petite taille de l'échantillon peut limiter sa capacité à détecter des différences significatives entre les niveaux de décentralisation. D'autre part, l'évaluation des connaissances des médecins concerne des connaissances de base, dans un champ relativement limité : certains domaines, tels que la prise en charge des enfants et la gestion des échecs thérapeutiques, n'ont pas été explorés. Ces données ont par ailleurs été recueillies auprès de médecins exerçant dans les provinces présentant les plus forts taux de couverture des traitements antirétroviraux en 2006/2007, pouvant impliquer une surestimation des connaissances, ainsi que des attitudes positives des médecins. Il s'agit également de données déclaratives susceptibles de souffrir d'un biais de désirabilité sociale.

Enfin, le caractère transversal de l'enquête ne permet pas d'analyser l'évolution dans le temps des pratiques et des connaissances des médecins, ni d'identifier les relations causales entre les associations identifiées.

En dépit des limites qui viennent d'être mentionnées, les résultats de cette étude suggèrent des leçons utiles pour la gestion des ressources humaines liées à la prise en charge du VIH/sida, tant au Cameroun que, plus largement, pour les pays à ressources limitées.

Connaissances des médecins et facteurs associés à un bon score de connaissance

Les médecins impliqués dans la prise en charge du VIH/sida au Cameroun ont un niveau de connaissance comparable à celui observé chez des médecins pratiquant dans des structures spécialisées, avant le passage à l'échelle des programmes [22]. Ils possèdent, en particulier, de bonnes connaissances de base dans le domaine de l'initiation du traitement antirétroviral (quand démarrer le

traitement, quel bilan pré-thérapeutique effectuer, quel protocole prescrire). Cependant, si les déclarations des médecins semblent indiquer une connaissance théorique correcte des critères d'éligibilité au traitement, nos données ne permettent pas d'évaluer comment ceux-ci définissent, en pratique clinique, le stade clinique des patients, sur lequel repose l'initiation du traitement. Nos résultats mettent également en évidence un moindre niveau de connaissance des médecins dans la prise en charge des effets secondaires des traitements antirétroviraux, de la co-infection VIH/tuberculose, ainsi que des femmes enceintes et leurs enfants. La formation, initiale et continue, nécessiterait donc d'être renforcée, afin d'adapter les compétences requises à l'évolution des besoins des patients à moyen – long terme (pour ce qui concerne la gestion des effets secondaires des antirétroviraux, les échecs thérapeutiques et le passage en deuxième, voire troisième ligne) et afin d'améliorer la prise en charge de populations spécifiques, telles que les femmes enceintes et les enfants séropositifs, qui vont être de plus en plus nombreux, dans les années à venir, à grandir avec la maladie.

Par ailleurs, l'analyse des facteurs associés aux connaissances souligne l'importance de la collaboration des praticiens dans l'amélioration de ces connaissances, en particulier *via* la participation au comité thérapeutique où les médecins peuvent discuter et échanger avec leurs collègues des cas rencontrés dans leur pratique quotidienne et, ainsi, bénéficier de l'expérience et des connaissances de tous. Outre son impact sur la standardisation et le contrôle des pratiques, le comité thérapeutique fait la preuve, dans le contexte du Cameroun, de son efficacité comme outil de formation continue. L'association positive observée entre un bon niveau de connaissances et la mise en relation des patients avec des associations de personnes vivant avec le VIH/sida souligne également le rôle positif joué par la collaboration entre les différentes parties prenantes de la prise en charge du VIH/sida et l'importance de la mise en réseau des acteurs de santé dans la qualité des soins. Certes, nos données ne permettent pas d'identifier le sens de la causalité entre les pratiques et les connaissances. Il est possible que les médecins ayant les meilleures connaissances soient justement plus enclins à prendre contact avec des associations de personnes vivant avec le VIH/sida, du fait de leur plus grande expérience et d'une conscience plus aiguë des enjeux d'une prise en charge globale.

Engagement et attitudes des médecins vis-à-vis de la politique de décentralisation

La stratégie de décentralisation adoptée par le gouvernement camerounais pour le passage à l'échelle de l'accès aux antirétroviraux suscite une bonne adhésion des médecins. Une telle adhésion est un facteur clé pour la réussite de la mise en œuvre de tout programme national [13].

Nos résultats mettent en évidence un fort engagement des médecins en faveur de l'élargissement de l'accès aux traitements et de leur gratuité. Même si on ne peut exclure un certain biais de « conformisme social » dans les déclarations des médecins interrogés, il est frappant de constater le faible niveau d'expression d'attitudes discriminatoires, ce qui suggère un bon degré d'empathie chez les médecins engagés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida à l'égard de ces patients (moins de 7 % des médecins considéraient que « *les personnes vivant avec le VIH/sida sont responsables de leur maladie* » ou

« craignent d'avoir une mauvaise réputation en prenant en charge des personnes vivant avec le VIH/sida »). Par comparaison, des attitudes négatives à l'égard des personnes séropositives étaient beaucoup plus fréquemment exprimées dans les enquêtes antérieures auprès de professionnels de santé engagés dans les premiers programmes de traitement par antirétroviraux en Afrique sub-saharienne, suggérant une diminution des attitudes négatives lorsque l'accès aux antirétroviraux s'étend [1, 22].

Toutefois, certaines attitudes discriminatoires sont rapportées plus fréquemment chez les médecins exerçant au niveau des unités de prise en charge de district, dont l'expérience de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida est plus récente par rapport à celle des médecins exerçant dans les centres de traitement agréés provinciaux ou centraux, telle la déclaration selon laquelle « *les patients séropositifs sont dangereux pour les autres* ». Ce résultat a également été observé dans plusieurs études qui ont mis en évidence le lien positif entre l'expérience professionnelle dans la prise en charge du VIH, les connaissances des médecins et la diminution des attitudes négatives [9, 17, 18, 22, 27].

Quant au nombre relativement important de médecins ayant déclaré que « *les patients séropositifs sont dangereux pour les autres* », il peut sans doute refléter les difficultés pratiques que ceux-ci rencontrent dans la prise en charge et la prévention des comportements sexuels à risque, lorsque leurs patients éprouvent des difficultés à reconnaître leur maladie ou à révéler leur statut à leur(s) partenaire(s). Les médecins sont confrontés à des questions psycho-sociales complexes, nécessitant des compétences spécifiques pour lesquels ils ont été peu ou pas formés.

Conditions de travail et délégation des tâches

Il est largement reconnu qu'une charge de travail importante et de mauvaises conditions de travail affectent significativement le moral et la motivation des professionnels de santé, qui constituent un déterminant majeur de la performance des ressources humaines et donc de la qualité des services de santé [2, 8, 11, 19]. Au Cameroun, comme dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne, les salaires réels des professionnels de santé ont baissé de façon drastique au cours des 20 dernières années : la dévaluation du FCFA en 1994 et les coupes dans les salaires imposées par les programmes d'ajustement structurel des bailleurs de fonds internationaux ont entraîné une diminution de la valeur réelle des salaires de l'ordre de 70 % entre 1992 et 2000 [5, 7]. Afin de faire face à cette forte baisse de leur pouvoir d'achat, les professionnels de santé ont développé différentes stratégies, telles que la réalisation d'heures supplémentaires, la vente parallèle de médicaments, la surfacturation des services, la réalisation de consultations privées pendant les heures de travail ou encore la recherche d'indemnités par leur participation à des ateliers ou à des séminaires. Ces pratiques ont contribué à une diminution du temps passé effectivement par les professionnels sur leur lieu de travail hospitalier, et à une augmentation de l'absentéisme, voire de la corruption [7, 14]. Nos résultats soulignent l'insatisfaction persistante des professionnels de santé vis-à-vis de leur niveau de rémunération, mais aussi vis-à-vis de leur charge de travail, ainsi que des moyens et des appuis techniques dont ils bénéficient pour prendre en charge les patients infectés par le VIH/sida et mettre en œuvre les programmes.

Il est urgent de lever les contraintes budgétaires imposées par les ministères des finances et les institutions internationales, afin que les gouvernements puissent augmenter les salaires des professionnels de santé. Cependant, de telles mesures ne seront pas efficaces si elles ne sont pas accompagnées de mesures incitatives basées sur la performance et ayant fait la preuve de leur faisabilité et de leur efficacité, telles que le développement de plans de carrière, la mise en place d'incitations financières et non financières à l'installation en milieu rural ou isolé, ainsi que la mise à disposition de moyens techniques adaptés, d'encadrement et de supervision [12].

Enfin, nos résultats montrent que la délégation des tâches était plus fréquemment rapportée par les médecins exerçant dans les districts que par ceux exerçant au niveau central, alors que ces derniers ont une charge de travail significativement plus importante. Selon des données qualitatives, la délégation des tâches se pratiquait de facto avant même l'introduction des programmes de traitement antirétroviral, notamment dans les hôpitaux de district où le nombre de médecins est limité. Elle s'est étendue et formalisée dans certains hôpitaux, avec la charge de travail additionnel générée par l'épidémie à VIH/sida. Elle est désormais recommandée par les autorités camerounaises, pour l'instant au niveau du district.

Les données de la littérature ont mis en évidence que la participation des infirmiers et des agents de relais communautaires dans le suivi des patients améliorent significativement leur prise en charge [20, 31]. Au Cameroun, les résultats d'une étude récente ont montré que le recours à la délégation des tâches dans le suivi des patients sous antirétroviraux réduisait significativement le risque de retarder l'initiation du traitement chez les patients éligibles [10] (voir Chapitre 5). Cependant, l'absence de cadre légal et de définition précise des rôles et des tâches attribués à chacune des parties prenantes de la prise en charge du VIH a également contribué au développement de conflits internes entre personnels, pouvant conduire, chez certains, à la frustration [23].

Afin d'optimiser les ressources humaines au Cameroun et de faire face à la montée en charge liée au nombre croissant de patients traités, l'adoption d'une stratégie nationale de délégation des tâches est une urgence à recommander. Celle-ci doit être fondée sur un recensement précis des ressources humaines disponibles dans le pays et sur une répartition appropriée des tâches entre les différentes professions impliquées dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Anrs, sans laquelle cette recherche n'aurait pas été possible, ainsi que Sidaction, pour son soutien financier à travers l'allocation de bourses de recherche.

Nous remercions également le ministère de la Santé publique du Cameroun pour son appui technique, ainsi que les équipes soignantes des 27 hôpitaux pour leur accueil, leur collaboration à la réalisation de cette étude et leur investissement dans le projet.

Références bibliographiques

1. Adebajo SB, Bamgbala AO, Oyediran M A. Attitudes of health care providers to persons living with HIV/AIDS in Lagos State, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2003 ; 7(1) : 103-12.
2. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, *et al.* Human resources for health : overcoming the crisis. *Lancet* 2004 ; 364(9449) : 1984-90.
3. Dussault G. The health professions and the performance of future health systems in low-income countries : Support or obstacle ? *Social Science & Medicine* 2008 ; 66 : 2088-95.
4. Fido A and Al Kazemi. Survey of HIV AIDS knowledge and attitudes of Kuwaiti family physicians. *Family Practice* 2002 ; 19(6) : 682-4.
5. Gruenais ME, Éd. *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun. Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.* Bulletin de l'APAD n° 21, Paris, 2001.
6. Harries AD, Schouten EJ, Libamba E. Scaling up antiretroviral treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2006 ; 367 : 1870-2.
7. Israr SM, Razum O, Ndiforchu V, Martiny P. Coping strategies of health personnel during economic crisis : A case study from Cameroun. *Trop Med Int Health* 2000 ; 5 : 288-92.
- 7bis. Kouanfack C, Laborde-Balen G, Aghokeng AF, Bourgeois A, Dontsop M, Mben JM, Kazé S, Mpoudi-Ngolé E, Koulla-Shiro S, Delaporte E, Laurent C for the Stratal – Anrs 12110/Esther Study Group. WHO clinical criteria-based initiation of antiretroviral therapy: lessons from rural district hospitals in Cameroon with regards to 2009 revised WHO recommendations. *Trop Med Int Health* 2010. *In press.*
8. Liu X, Martineau T, Chen L. Does decentralisation improve human resource management in the health sector ? A case study from China. *Social Science & Medicine* 2006 ; (63) : 1836-45.
9. Lohrmann C, Valimaki M, Suominen T, Muinonen U, Dassen T, Peate I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS : two decades after the first AIDS cases. *J Adv Nurs* 2000 ; 31(3) : 696-703.
10. Loubière S, Boyer S, Protopopescu C, Bonono CR, Abega SC, Spire B, Moatti JP. Decentralisation of HIV care in Cameroun : increased access to antiretroviral treatment and associated persistent barriers. *Health Policy* 2009 ; 92(2-3) : 165-73.
11. McCoy D, Chopra M, Loewenson R, Aitken JM, Ngulube T, *et al.* Expanding access to antiretroviral therapy in sub-saharan Africa : avoiding the pitfalls and dangers, capitalizing on the opportunities. *Am J Public Health* 2005 ; 95(1) : 18-22.
12. McCoy D, Bennett S, Witter S, Pond B, Baker B, Gowe J, *et al.* Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2008 ; 371 : 675-81.
13. McIntyre D, Klugman B. The Human Face of Decentralisation and Integration of Health Services : Experience from South Africa. *Reproductive Health Matters* 2003 ; 11(21) : 108-119.
14. Médard JF. Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun, In Gruénais ME, Éd. *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun.* Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement. Bulletin de l'APAD n° 21, Paris, 2001.

15. Médecins sans frontières. *Help wanted: Confronting the healthcare worker crisis to expand access to HIV/AIDS treatment*. Médecins sans frontières, Lausanne, 2008. http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?component=report&objectid=AD90630F-15C5-F00A-25723C556AA2E57E &method=full_html [accessed 14 February 2008].
16. Ministère de la Santé publique. *Guide national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA niveau hôpital de district*. Ministère de la Santé publique, Yaoundé, Cameroun, 2005.
17. Ndikom CM, Onibokun A. Knowledge and behaviour of nurse/midwives in the prevention of vertical transmission of HIV in Owerri, Imo State, Nigeria : a cross-sectional study. *BMC Nurs* 2007 ; 6 : 9.
18. Rahlenbeck SI. Knowledge, attitude, and practice about AIDS and condom utilization among health workers in Rwanda. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2004 ; 15(3) : 56-61.
19. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings ? *Lancet* 2005 ; 366 : 1026-35.
20. Samb B, Celletti F, Holloway J, van Damme W, de Cock KM, Dybul M. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 2510-4.
21. Schneider H, Blaauw D, Gilson L, Chabikuli N, Goudge J. Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in Southern Africa : service delivery and human resources challenges. *Reprod Health Matters* 2006 ; 14(27) : 12-23.
22. Souville M, Msellati P, Carrieri MP, *et al.* Physicians' knowledge and attitudes toward HIV care in the context of the UNAIDS/Ministry of Health Drug Access Initiative in Côte d'Ivoire. *AIDS* 2003 ; 17 : S79-86.
23. Tantchou Yakam J, Gruenais ME. Involving new actors to achieve ART scaling-up : difficulties in an HIV/AIDS counselling and testing centre in Cameroun. *Int Nurs Rev* 2009 ; 56(1) : 50-7.
24. United Nations General Assembly & UNAIDS. *Political Declaration on HIV/AIDS 2006*. High-Level Meeting on AIDS Uniting the world against AIDS. United Nations, New York, 31 May – 2 June 2006. <http://www.un.org/ga/aidsmeeting2006/declaration.htm>.
25. Van Damme W, Kober K, Laga M. The real challenges for scaling up ART in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2006 ; 20 : 653-6.
26. Van Damme W, Kober K, Kegels G. Scaling-up antiretroviral treatment in Southern African countries with human resource shortage : How will health systems adapt ? *Soc Sci Med* 2008 66(10) : 2108-21.
27. Walusimbi M, Okonsky JG. Knowledge and attitude of nurses caring for patients with HIV/AIDS in Uganda. *Appl Nurs Res* 2004 ; 17(2) : 92-9.
28. World Health Organization. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings : treatment guidelines for a public health approach* (2003 revision). WHO, Geneva, 2004.
29. World Health Organization. *The World Health Report 2006. Working together for health*. WHO, Geneva, 2006.
30. World Health Organization. *Health Statistics 2008*. WHO, Geneva, 2008. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf [accessed 29 March 2009].
31. Zachariah R, Ford N, Philips M, *et al.* Task shifting in HIV/AIDS : opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2008, doi:10.1016/j.trstmh.2008.09.019.

Chapitre 10

Pour une prise en charge des patients sous antirétroviraux dans les pays à faibles ressources : l'essai Stratall/Esther¹ d'intervention randomisé comparant une approche de santé publique à l'approche clinique standard

Charles KOUANFACK, Gabrièle LABORDE-BALEN, Avelin Fobang AGHOKENG, Jean-Marc MBEN, Serge KAZÉ, Marlise DONT SOP, Eitel MPOUDI-NGOLÉ, Magloire BIWOLE-SIDA, Anke BOURGEOIS, Sinata KOULLA-SHIRO, Eric DELAPORTE, Christian LAURENT et le groupe d'étude Stratall/Esther-Cameroun

Les premiers programmes africains structurés d'accès aux antirétroviraux n'ont vu le jour qu'en 1998 dans de rares pays comme le Sénégal, la Côte d'Ivoire et l'Ouganda. Ces programmes ont montré l'efficacité du traitement antirétroviral en Afrique, avec des résultats comparables à ceux obtenus dans les pays du Nord en termes de survie, d'efficacité virologique, immunologique et clinique, d'observance, d'émergence des résistances et de toxicité [6, 9, 12, 13, 18, 21]. Les résultats de ces projets pilotes répondaient aux objections d'ordre biomédical, quant à l'utilisation des antirétroviraux en Afrique (efficacité sur les souches non-B du VIH-1, effets indésirables et leur gestion, observance, ...) Cependant, de nombreux autres obstacles s'opposaient à la large diffusion de ces traitements tels que le coût des médicaments bien sûr, mais aussi celui du suivi biologique ou le manque d'infrastructures médicales et de personnel médical formé.

Progressivement, en dépit de ces contraintes, l'accès au traitement s'est étendu à bien d'autres pays africains dans le cadre, soit de programmes gouvernementaux, soit d'initiatives privées (dont des ONG). Toutefois, la plupart du temps, cet accès restait initialement limité aux capitales ou grandes villes. La prise en charge recommandée y était le plus souvent très proche de celle des pays du Nord, reposant sur un suivi effectué par des médecins, avec des bilans biologiques complets pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement (désignée ci-après « approche clinique standard »).

L'OMS et l'ONUSIDA plaident pour une extension rapide de l'accès au traitement et visent l'accès universel en 2010 [24]. Cet accès reste encore éloigné de cet objectif : si, près de 3 millions de personnes vivant avec le VIH/sida bénéficiaient

¹ Cet essai a été financé par l'Anrs (Essai Stratall – Anrs 12 110) et Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (Esther), réseau international qui œuvre « pour l'amélioration des services de santé » en Afrique et en Asie.

des antirétroviraux fin 2008, ce chiffre ne représentait que 44 % du total des patients africains estimés comme ayant une indication immédiate de mise sous traitement [26]. Si certains obstacles initiaux à l'utilisation de ce traitement en Afrique ont progressivement été levés, d'autres persistent, surtout pour la décentralisation de son accès en milieu rural. En particulier, le nombre limité des médecins (un médecin pour 10 083 habitants au Cameroun par exemple), leurs répartitions géographique et institutionnelle déséquilibrées en faveur des grandes villes et des hôpitaux centraux, et l'impossibilité pour les gouvernements d'augmenter significativement le nombre de ceux-ci interdisent d'appliquer l'approche clinique standard pour tous les patients, surtout en milieu rural. Outre la mesure de la charge virale, limitée au mieux aux grands centres urbains, et les possibilités de tests de résistances aux antirétroviraux quasi-inexistantes, la disponibilité d'examen plus simples tels que la mesure des lymphocytes T CD4 ou même d'examen biochimiques demeure problématique. Même lorsqu'ils sont disponibles, le coût de ces bilans dissuade le plus souvent les patients de les effectuer (cas de 70 % des patients sous traitement à l'Hôpital central de Yaoundé, au Cameroun, avant la mise en place des bilans subventionnés par le gouvernement).

Compte tenu de l'ampleur des besoins et des contraintes multiples évoquées ci-dessus, une approche de santé publique a été proposée par l'OMS [8, 23]. Cette approche, limitant au maximum raisonnable l'utilisation des examens complémentaires et donc les critères biologiques d'efficacité et de tolérance au profit principalement de critères cliniques, demeure controversée. Certains experts considèrent qu'il s'agit d'une stratégie qui peut s'avérer dangereuse pour la personne sous traitement, mais également pour la collectivité (risque d'émergence rapide de résistances). En outre, l'implication des infirmiers dans les consultations des patients sous antirétroviraux paraît indispensable. En pratique, l'approche de santé publique, qui représente un enjeu majeur pour le « passage à l'échelle », n'a que peu ou pas été évaluée par rapport à l'approche clinique standard, même si devant l'urgence des besoins de traitement antirétroviral à satisfaire, elle tend à se généraliser dans de nombreux pays d'Afrique et si, par exemple, elle inspire déjà les recommandations nationales en vigueur au Cameroun. Pourtant, différentes questions relatives à cette approche se posent : peut-on obtenir les mêmes résultats en termes d'efficacité, d'observance et de tolérance qu'avec l'approche clinique standard ? L'émergence de résistances aux antirétroviraux n'est-elle pas plus fréquente qu'avec l'approche clinique standard ? L'implication des infirmiers (en plus des médecins) dans les consultations et un moindre recours aux examens biologiques sont-ils acceptables pour les patients et les professionnels de santé ? Du point de vue de l'utilisation économique des ressources, l'approche de santé publique est-elle véritablement plus efficiente que l'approche clinique standard ? En particulier, cette approche permet-elle effectivement une baisse des coûts médicaux directs, ainsi qu'une amélioration (au moins équivalente) en termes de maintien (ou de retour) à la vie productive et de bien-être des patients traités et de leur entourage dans la vie quotidienne ?

S'appuyant sur le programme camerounais de décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral au niveau des hôpitaux de district [15], l'essai Stratall – Anrs 12 110/Esther a ainsi été mis en œuvre pour comparer, entre une approche de santé publique et l'approche clinique standard, l'efficacité du traitement, sa tolérance, son observance, son impact sur la vie quotidienne des patients,

l'acceptabilité des deux approches par les patients et les soignants, et leurs performances coût-efficacité.

Méthodes

Schéma d'étude

Cet essai d'intervention, contrôlé, randomisé, multicentrique, sans insu sur l'intervention, de non-infériorité se déroule dans neuf hôpitaux de district ruraux de la région du Centre au Cameroun (Ayos, Bafia, Mbalmayo, Mfou, Monatéle, Nanga Eboko, Ndikiméki, Obala, Sa'a) [19]. Les patients étaient éligibles s'ils étaient âgés d'au moins 18 ans, infectés par le VIH-1 groupe M, naïfs de traitement antirétroviral et classés, soit au stade 3 ou 4 (classification de l'OMS, version révisée de 2006), quel que soit le taux de lymphocytes totaux, soit au stade 2 avec un taux de lymphocytes totaux inférieur à $1\,200/\text{mm}^3$. Les femmes enceintes, les patients tuberculeux avec un taux de lymphocytes totaux supérieur à $1\,200/\text{mm}^3$ et les patients ayant un accès difficile à l'hôpital de district (notamment pendant la saison des pluies) n'étaient pas éligibles. Les patients éligibles étaient ensuite randomisés au niveau de chaque hôpital de district, pour déterminer le mode de prise en charge (approche de santé publique ou approche clinique standard).

Dans l'approche clinique standard, les patients doivent être suivis par les médecins exclusivement, et l'évaluation de l'efficacité thérapeutique se fonde, notamment, sur les résultats semestriels de charge virale et de lymphocytes T CD4. À l'inverse, dans l'approche de santé publique, la charge virale et les lymphocytes T CD4 ne sont pas utilisés, suivant en cela les recommandations camerounaises et celles de l'OMS [16, 25]. Le bilan de tolérance est également plus limité. En outre, les consultations doivent être réalisées alternativement par les médecins et les infirmiers (sous la responsabilité des médecins). Au cours du suivi, les infirmiers doivent référer le patient au médecin en cas de signes évocateurs d'une intolérance sévère ou d'une infection opportuniste nouvelle. Le reste de la prise en charge est identique à celle de l'approche clinique standard.

Les patients reçoivent les traitements antirétroviraux recommandés et disponibles dans le programme national. Le traitement de première intention est ainsi composé de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse. La durée totale de suivi est de 24 mois. Celui-ci est effectué par le personnel habituel des hôpitaux de district (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, agents de relais communautaires), personnel formé à l'Hôpital central de Yaoundé et sur sites (formations initiale et continue).

Le protocole de cet essai a été approuvé par le comité national d'éthique du Cameroun et le comité consultatif de déontologie et d'éthique de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) français. Tous les patients ont donné, par écrit, leur consentement à participer.

Méthodes d'évaluation

Après l'initiation du traitement antirétroviral, les patients sont revus en consultations (incluant une anamnèse et un examen physique) au 14^e jour, au premier et troisième mois, puis tous les trois mois. Un questionnaire standardisé est

utilisé pour recueillir les informations démographiques (date de naissance, sexe, nationalité), l'histoire de la maladie (poids corporel avant l'infection par le VIH, événements cliniques, antécédents de traitement antirétroviral, prophylaxie par le cotrimoxazole) et l'état clinique actuel.

Les lymphocytes T CD4 sont mesurés avec un appareil Facscount (Becton Dickinson, Mountain View, Californie, États-Unis). La mesure de la charge virale VIH-1 plasmatique est déterminée par le test Abbott RealTime HIV-1 (Abbott Molecular Inc., Des Plaines, Illinois, États-Unis). Ces deux tests sont réalisés, pour tous les patients, à l'initiation du traitement, puis tous les six mois. En cas d'échappement virologique confirmé sur deux prélèvements successifs (> 5 000 copies/ml), une résistance génotypique est recherchée par séquençage avec le test Abbott Viroseq (Celera Diagnostics, Alameda, Californie, États-Unis), après amplification par PCR du gène *pol* codant la protéase et la transcriptase inverse sur le prélèvement réalisé à l'initiation du traitement et sur celui réalisé au moment du rebond de la charge virale, pour déterminer la nature des mutations et le moment de leur apparition. L'interprétation des mutations de résistance est faite à l'aide de l'algorithme de l'Anrs (version 2008.07) et de celui de Stanford (version 5.1.2). Les mesures des lymphocytes T CD4 et de la charge virale, ainsi que les tests de résistance, sont réalisés au laboratoire de virologie de l'IMP/IRD-UMR 145 à Yaoundé (prélèvements faits dans les hôpitaux de district puis transportés à Yaoundé).

Les paramètres hématologiques et biochimiques sont mesurés, respectivement, avec les automates Hema-screen 18 et Mini-screen P (Hospitex Diagnostics, Florence, Italie) dans chacun des hôpitaux de district. La numération formule sanguine est effectuée, pour tous les patients, à l'initiation du traitement, puis tous les six mois ; une mesure supplémentaire est réalisée au 14^e jour pour les patients recevant de la zidovudine, quel que soit le mode de prise en charge (approche de santé publique ou approche clinique standard). Le taux des transaminases (ASAT et ALAT) est également mesuré pour tous les patients, à l'initiation du traitement, puis tous les six mois ; une mesure supplémentaire est réalisée au 14^e jour et aux premier, deuxième et troisième mois pour les patients recevant de la névirapine. L'amylasémie est mesurée à l'initiation du traitement pour tous les patients, puis tous les six mois pour les patients de l'approche clinique standard recevant de la stavudine ou de la didanosine. La créatininémie est mesurée à l'initiation du traitement et au 24^e mois pour tous les patients, et aux 6^e, 12^e et 18^e mois pour les patients de l'approche clinique standard. La glycémie est mesurée, pour tous les patients, à l'initiation du traitement et aux 12^e et 24^e mois. Enfin, le cholestérol sanguin et les triglycérides sont mesurés à l'initiation du traitement et au 24^e mois pour tous les patients et, en plus, au 12^e mois pour les patients de l'approche clinique standard. Les bilans réalisés de façon systématique pour les patients de l'approche clinique standard uniquement (créatininémie aux 6^e, 12^e et 18^e mois par exemple) peuvent, en outre, être réalisés pour les patients de l'approche de santé publique en cas de manifestations cliniques.

L'observance est évaluée à l'aide d'un questionnaire standardisé (horaires des prises, fréquence des prises non respectées, médicaments non pris, motifs, etc.) administré en face-à-face par un agent de relais communautaire aux 1^{er}, 3^e et 6^e mois, puis tous les six mois. De même, l'impact du traitement sur la vie quotidienne des patients et les données économiques sont recueillis à l'aide d'un

questionnaire standardisé par un agent de relais communautaire à l'initiation du traitement et aux 12^e et 24^e mois. Le recueil de données quantitatives est complété par une étude qualitative (anthropologique) sur l'acceptabilité des deux approches auprès de 30 patients sous antirétroviraux et de 30 professionnels de santé (notamment des infirmiers chargés des consultations ou de la dispensation, des médecins, des techniciens de laboratoire et des agents de relais communautaires).

Méthodes statistiques

Les résultats présentés ci-dessous incluent, de façon groupée, la description des patients de l'essai et des données préliminaires de suivi (survie, survenue d'un événement classant au stade 3 ou 4 de l'OMS). En effet, s'agissant d'un essai comparatif randomisé, il n'est pas admis de distinguer les patients des deux groupes avant la fin de l'essai. En revanche, la réponse immunovirologique au traitement antirétroviral est présentée chez les patients de l'approche clinique standard uniquement (les résultats de lymphocytes T CD4 et de charge virale n'étant pas disponibles pour les patients de l'approche de santé publique). Par ailleurs, toutes les données de suivi ont été censurées à 18 mois correspondant à la durée médiane de suivi des patients au moment de l'analyse (30 mars 2009). Les taux à l'inclusion des lymphocytes T CD4 (\pm 200 cellules/mm³) et des lymphocytes totaux (\pm 1 200 cellules/mm³) ont été comparés par le test du χ^2 de Mc Nemar. Une analyse ROC (receiver operating characteristic) a ensuite été réalisée pour évaluer la capacité du taux de lymphocytes totaux à prédire un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200 cellules/mm³. La progression clinique (survie et/ou survenue d'un événement clinique ou biologique classant au stade 3 ou 4 de l'OMS) a été évaluée par la méthode de Kaplan-Meier. Les données ont été analysées avec le logiciel STATA 10.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, États-Unis).

Résultats

Caractéristiques des patients à l'inclusion

Tous les patients nécessaires à la conduite de l'essai Stratall ont été effectivement inclus entre juin 2006 et avril 2008 dans les neuf hôpitaux de district. Les caractéristiques des 459 patients à l'inclusion sont présentées dans le *tableau 1*. L'âge médian était de 36,9 ans et les femmes prédominaient largement (70,6 %). Les patients étaient à un stade clinique avancé de la maladie : ainsi, 337 d'entre eux (73,4 %) étaient classés au stade 3 de l'OMS et 121 (26,4 %) au stade 4 ; le taux médian de lymphocytes T CD4 était de 181 cellules/mm³ (écart interquartile [EIQ] 87-336). La charge virale VIH-1 plasmatique médiane était de 5,6 log₁₀ copies/ml (EIQ 5,2-6,1).

Au total, 212 patients (46,2 %) avaient un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 200 cellules/mm³ : 175 (38,1 %) étaient classés au stade 3, et 37 (8,1 %) au stade 4 (*tableau 2*). Parmi eux, 108 patients (23,5 %) avaient un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 350 cellules/mm³ : 94 patients (20,5 %) au stade 3 et 14 (3,1 %) au stade 4. La classification des patients à l'aide du taux de lymphocytes totaux (\pm 1 200 cellules/mm³) était significativement différente de celle obtenue avec le taux de lymphocytes T CD4 (\pm 200 cellules/mm³, $p < 0,001$).

Tableau 1
Caractéristiques des 459 patients à l'inclusion

Caractéristiques	Valeurs
Femmes, n (%)	324 (70,6)
Âge (années), médiane (EIQ)	36,9 (30,3-44,8)
Poids corporel (kg), médiane (EIQ)	55 (49-61)
Indice de masse corporelle (kg/m ²), médiane (EIQ)*	20,1 (18,3-22,0)
Stade clinique OMS, n (%)	
– 2	1 (0,2)
– 3	337 (73,4)
– 4	121 (26,4)
Lymphocytes T CD4 (/mm ³) Médiane (EIQ)	181 (87-336)
Classes, n (%)	
– < 50	72 (15,7)
– 50-199	175 (38,1)
– 200-349	104 (22,7)
– 350-499	58 (12,6)
– ≥ 500	50 (10,9)
Charge virale VIH-1 plasmatique (log ₁₀ copies/ml) Médiane (EIQ)**	5,6 (5,2-6,1)
Classes, n (%)**	
– < 4,0	12 (2,7)
– 4,0-4,9	69 (15,5)
– ≥ 5,0	365 (81,8)
Leucocytes (/mm ³), médiane (EIQ)	4 500 (3 100-6 600)
Lymphocytes totaux (/mm ³) Médiane (EIQ)	1 750 (1 120-2 840)
< 1 200 cellules/mm ³ , n (%)	129 (28,1)
Plaquettes (/mm ³), médiane (EIQ)	209 000 (165 000-273 000)
Hémoglobine (g/dl), médiane (EIQ)	9,7 (8,5-11,1)
Volume globulaire moyen (fl), médiane (EIQ)	77 (71-84)
Alanine aminotransférase (U/l), médiane (EIQ)	19 (13-32)
Aspartate aminotransférase (U/l), médiane (EIQ)	28 (20-43)
Amylase (U/l), médiane (EIQ)	80 (60-107)
Créatinine (mg/dl), médiane (EIQ)	0,9 (0,7-1,2)
Glycémie (g/l), médiane (EIQ)	0,9 (0,8-1,1)
Cholestérol total (mg/l), médiane (EIQ)	1 188 (741-1 650)
Triglycérides (mg/l), médiane (EIQ)	925 (533-1 477)
Traitement antirétroviral, n (%)	
– stavudine/lamivudine/névirapine	304 (66,2)
– stavudine/lamivudine/éfavirenz	82 (17,9)
– zidovudine/lamivudine/éfavirenz	39 (8,5)
– zidovudine/lamivudine/névirapine	34 (7,4)

EIQ, écart interquartile.

* Données sur 458 patients. ** Données sur 446 patients.

Tableau 2
Stades cliniques et immunologiques des 459 patients à l'inclusion

Nombre de CD4/mm ³	Stade 2 OMS		Stade 3 OMS		Stade 4 OMS		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
< 50	–		45	(9,8)	27	(5,9)	72	(15,7)
50-199	1	(0,2)	117	(25,5)	57	(12,4)	175	(38,1)
200-349	–		81	(17,6)	23	(5,0)	104	(22,7)
350-499	–		51	(11,1)	7	(1,5)	58	(12,6)
≥ 500	–		43	(9,4)	7	(1,5)	50	(10,9)
Total	1	(0,2)	337	(73,4)	121	(26,4)	459	(100,0)

La sensibilité d'un taux de lymphocytes totaux inférieur à 1 200 cellules/mm³ à prédire un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ était de 34,8 %, la spécificité était de 79,7 %, la valeur prédictive positive était de 66,7 % et la valeur prédictive négative était de 51,2 %.

Suivi et progression clinique des patients

La durée médiane de suivi des patients était de 18,1 mois (EIQ 12,0-23,9). Au cours des 18 premiers mois de traitement, 51 (11,1 %) ont été perdus de vue (délai médian 8,9 mois, EIQ 1,9-12,0). La *figure 1* illustre la progression clinique des patients. La survenue de décès et d'événements cliniques ou biologiques classant au stade 3 ou 4 de l'OMS était essentiellement marquée pendant les tous premiers mois de traitement. Ainsi, 67 patients (14,6 %) sont décédés après un délai médian de 1,6 mois (EIQ 0,6-4,0). Les principales causes étaient des troubles digestifs (n = 11), un syndrome infectieux fébrile (n = 9), une infection bactérienne grave (n = 8) et une anémie sévère (< 8 g/dl, n = 7). Cent vingt-huit événements cliniques ou biologiques classant au stade 3 (n = 97) ou 4 (n = 31) sont survenus chez 100 patients (21,8 %). Les événements classant au stade 3 les plus fréquents étaient une anémie sévère (n = 32), une infection bactérienne grave (n = 28), une tuberculose pulmonaire (n = 22), une candidose buccale (n = 7) et une diarrhée chronique (n = 6). Parmi les événements classant au stade 4, la toxoplasmose cérébrale (n = 11), la cryptococcose extra-pulmonaire (n = 5), le sarcome de Kaposi (n = 5), la candidose œsophagienne (n = 4) et la cryptosporidiose (n = 3) prédominaient. Le délai médian de survenue de ces événements était de 2,4 mois (EIQ 0,6-9,1). Au total, 128 patients (27,9 %) sont décédés ou ont connu un événement classant au stade 3 ou 4 après un délai médian de 1,7 mois (EIQ 0,5-5,7).

Efficacité immunovirologique

La réponse immunovirologique au traitement antirétroviral chez les patients de l'approche clinique standard est illustrée dans la *figure 2*. Le gain médian de lymphocytes T CD4 après 6, 12 et 18 mois de traitement était, respectivement, de 163 cellules/mm³ (EIQ 62-260), 153 cellules/mm³ (EIQ 75-255) et 209 cellules/mm³ (EIQ 115-315). À chaque bilan semestriel, près de 90 % d'entre eux

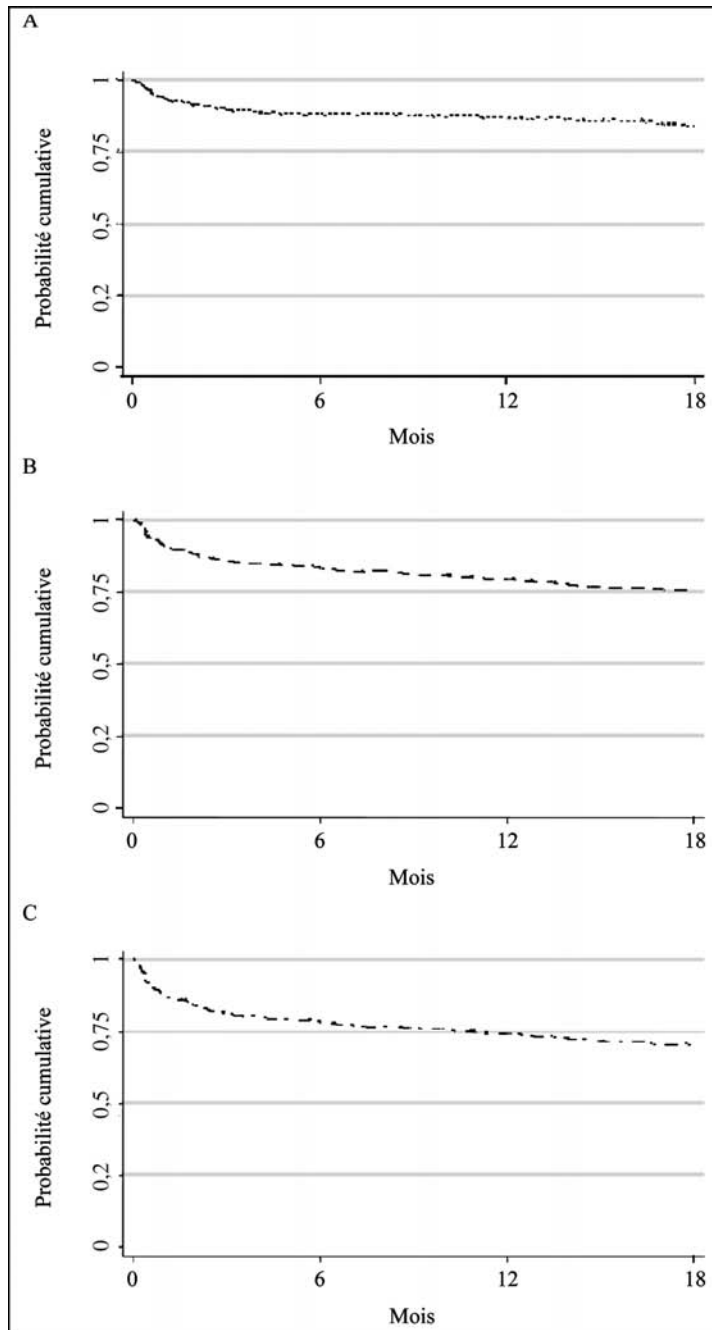


Figure 1
Progression clinique des patients sous traitement antirétroviral : probabilité cumulative de décès (A), probabilité cumulative d'un nouvel événement clinique ou biologique classant au stade 3 ou 4 de l'OMS (B), probabilité cumulative de décès ou d'un nouvel événement clinique ou biologique classant au stade 3 ou 4 (C)

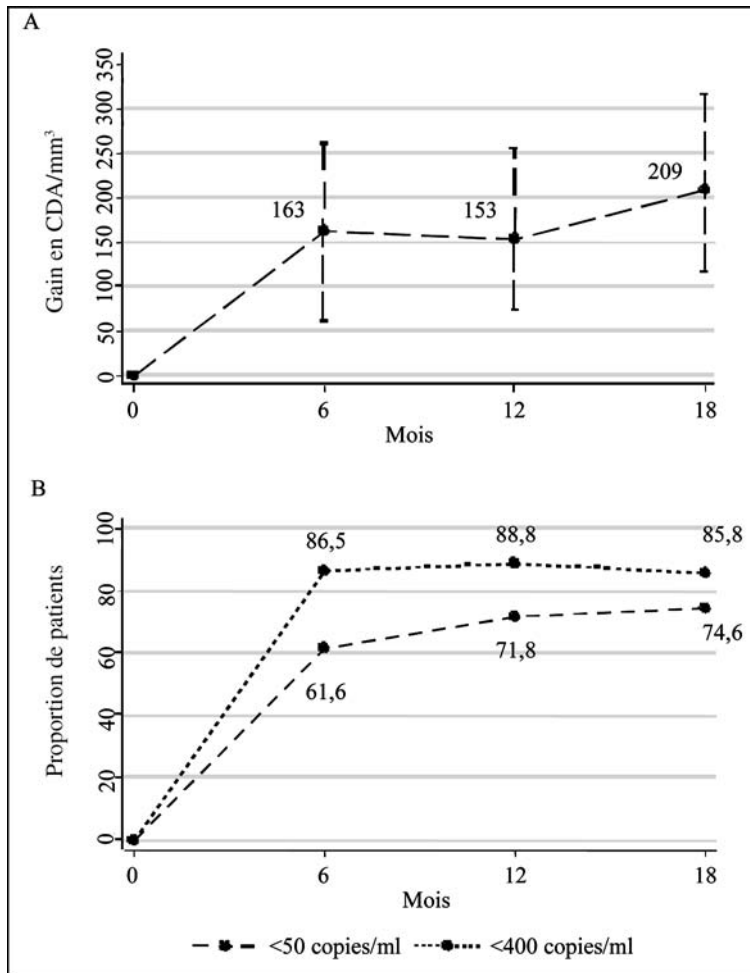


Figure 2

Réponse immunovirologique au traitement antirétroviral chez les patients de l'approche clinique standard : gain médian (écart interquartile) en lymphocytes T CD4 (A), proportion de patients avec une charge virale VIH-1 plasmatique inférieure à 50 et 400 copies/ml (B)

avaient une charge virale inférieure à 400 copies/ml. La proportion de patients ayant une charge virale inférieure à 50 copies/ml augmentait au cours du suivi, passant de 61,6 % au 6^e mois à 74,6 % au 18^e mois. Un seul patient de l'approche clinique standard présentait, à l'inclusion, des mutations génotypiques de résistance à la zidovudine, la stavudine, la névirapine et l'éfavirenz (T215ST, P225HP, L234IL, K103N). Au cours du suivi, 5,9 % ont développé des mutations de résistance (patient précédent non compris) (tableau 3).

Tolérance

Vingt-huit effets indésirables sévères liés aux antirétroviraux ont été observés au cours des 18 premiers mois de traitement : neuropathies périphériques (n = 9),

Tableau 3
**Mutations de résistance aux antirétroviraux (ARV) survenues au cours du suivi
chez les patients de l'approche clinique standard**

N°	Sexe	Âge	ARV reçus	Durée de traitement (mois)	Mutations génotypiques	Résistances
1	F	24	d4T/3TC/NVP	6	M184V, A98AG, K103KN, Y181C	3TC, FTC, NVP, EFV, DLV*, (ETR*)
2	F	34	d4T/3TC/NVP	6	K103KN	NVP, EFV, DLV*
3	F	26	d4T/3TC/NVP	12	K65R, Y181C	TDF**, (3TC, ABC, d4T*, ddl, FTC, TDF*), NVP, EFV**, DLV*, (EFV*, ETR*)
4	F	37	d4T/3TC/EFV	12	M184V, K103KN, Y181CY	3TC, FTC, NVP, EFV, DLV*, (ETR*)
5	H	40	AZT/3TC/NVP	12	M184V, K101Q, G190A	3TC, FTC, NVP, EFV**, (EFV*, ETR*)
6	F	23	d4T/3TC/NVP	6	M184MV, K103KN, G190AG, Y181CY	3TC, FTC, NVP, EFV, DLV*, ETR*
7	H	47	d4T/3TC/NVP	18	K103KN, V106AV, Y181CY	NVP, EFV, DLV*, (ETR*)
8	F	55	d4T/3TC/EFV	6	K103N	NVP, EFV, DLV*
9	F	19	d4T/3TC/NVP	12	K65KR, D67DN, M184MV, G190A, V106AV	3TC, FTC, TDF**, (TDF*, ABC, AZT*, d4T*, ddl), NVP, EFV, (DLV*, ETR*)
10	H	28	d4T/3TC/NVP	6	M184I, K103KT, V108IV, Y181C	3TC, FTC, NVP, EFV, DLV*, (ETR*)
11	F	32	d4T/3TC/NVP	6	M184V, K103N, Y181CY	3TC, FTC, NVP, EFV, DLV*, (ETR*)
12	H	41	AZT/3TC/NVP	6	D67DN, M184V, Y181C	3TC, FTC, (ABC*), NVP, EFV**, DLV*, (EFV*)
13	F	33	d4T/3TC/NVP + d4T/3TC/EFV	6	G190GRS, K101KQ	NVP, EFV, (ETR*)

3TC, lamivudine ; AZT, zidovudine ; d4T, stavudine ; ddl, didanosine ; ABC, abacavir ; FTC, emtricitabine ; TDF, ténofovir ; EFV, éfavirenz ; NVP, névirapine.

Les résistances intermédiaires sont indiquées entre parenthèses.

* Selon l'algorithme de Stanford uniquement.

** Selon l'algorithme de l'Anrs uniquement.

anémie (n = 8), hyper-transaminasémie (n = 5), éruption cutanée (n = 3), syndrome de Stevens Johnson (n = 1), troubles digestifs (n = 1) et troubles du sommeil (n = 1).

Discussion

Sans surprise, compte tenu des critères cliniques de mise sous traitement antirétroviral recommandés par l'OMS et appliqués dans cet essai en milieu rural au Cameroun (en accord avec les recommandations nationales), les patients inclus étaient à un stade clinique avancé de l'infection par le VIH/sida. Les trois quarts d'entre eux étaient au stade 3 de l'OMS, un quart était au stade 4 et un seul au stade 2. L'immunodéficience des patients était toutefois légèrement moins prononcée que chez les patients urbains mis sous antirétroviraux sur la base des lymphocytes T CD4. À titre de comparaison, le taux médian de lymphocytes T CD4 était de 123 cellules/mm³ à Douala [14] et 150 cellules/mm³ à Yaoundé [3], les deux principales villes du Cameroun (181 cellules/mm³ dans notre essai).

La détermination du stade clinique selon la classification de l'OMS était néanmoins parfois difficile pour des médecins inexpérimentés (la plupart d'entre eux) ou peu expérimentés dans la prise en charge des patients infectés par le VIH. Des erreurs de classement ont ainsi pu se produire. Par exemple, l'évaluation de la perte de poids corporel depuis l'infection par le VIH (inférieure ou supérieure à 10 %, classant, respectivement, au stade 2 ou 3) nécessite la connaissance du poids antérieur à l'infection (rarement documenté). De même, pour classer au stade 3, une perte de poids corporel, une fièvre persistante, une anémie et une diarrhée chronique ne doivent pas être liées à un autre événement médical (souvent difficile à affirmer). Des patients classés au stade 3 pouvaient ainsi n'être, en réalité, qu'au stade 2. En outre, les examens biologiques étant limités, les diagnostics étaient, pour la plupart, seulement présomptifs. Un accent particulier doit être mis sur la formation des médecins et des paramédicaux à l'utilisation des critères proposés par l'OMS pour la définition des diagnostics présomptifs et de certitude des événements cliniques [25].

Outre ceux classés au stade clinique 3 ou 4, l'initiation du traitement antirétroviral est recommandée chez les patients au stade 2 ayant un taux de lymphocytes totaux inférieur à 1 200 cellules/mm³. Chez nos patients (quasiment tous classés au stade 3 ou 4), les performances du taux de lymphocytes totaux à correctement identifier les patients ayant un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ (et donc nécessitant d'urgence un traitement) étaient très faibles (34,8 %). Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres études africaines [1, 20]. De même, un tiers des patients ayant un taux de lymphocytes totaux inférieur à 1 200 cellules/mm³ avait, simultanément, un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 200 cellules/mm³. Des patients au stade 2 ayant un taux de lymphocytes totaux supérieur à 1 200 cellules/mm³ ont ainsi pu voir l'initiation de leur traitement différée, alors que leur taux de lymphocytes T CD4 était inférieur à 200 cellules/mm³. Or, l'initiation tardive du traitement chez les patients fortement immunodéprimés augmente le risque de morbidité et de mortalité [2, 4].

Près d'un quart des patients avait un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 350 cellules/mm³ à la mise sous traitement antirétroviral. Selon les recommandations actuelles de l'OMS, le traitement n'aurait pas été initié immédiatement chez ces patients si les lymphocytes T CD4 avaient été utilisés pour décider de

son démarrage (recommandé entre 200 et 350 cellules/mm³). Toutefois, deux études de cohorte rétrospectives incluant de nombreux pays du Nord suggèrent un avantage en termes de progression clinique (survie et/ou passage au stade du sida) à démarrer le traitement au-dessus de 350 cellules/mm³ [10, 22]. Plusieurs essais randomisés sont programmés ou ont démarré pour confirmer ces observations [17]. Des études similaires sont également nécessaires en Afrique, compte tenu des particularités cliniques, épidémiologiques et économiques.

Les résultats préliminaires au cours des 18 premiers mois de suivi étaient comparables à ceux obtenus en milieu urbain ou rural, au Cameroun et dans d'autres pays africains [3, 7, 12, 14]. Au total, un quart des patients était décédé ou avait connu un événement classant au stade 3 ou 4 de l'OMS. Les six premiers mois de traitement étaient, à cet égard, particulièrement à risque. L'efficacité immunovirologique chez les patients de l'approche clinique standard était, quant à elle, très satisfaisante, avec un gain médian de lymphocytes T CD4 de 209 cellules/mm³ et une charge virale inférieure à 50 copies/ml chez les trois quarts des patients évalués. L'incidence des mutations de résistance aux antirétroviraux était relativement faible (5,9 %), comparativement aux 4,4 % et 16,9 % observés après, respectivement, 12 et 24 mois de traitement dans un hôpital de référence de Yaoundé [11]. Ces résultats préliminaires sont d'autant plus remarquables que les patients étaient pris en charge par les personnels des hôpitaux de district ruraux, très peu, voire pas du tout expérimentés dans l'infection par le VIH en général et le traitement antirétroviral en particulier. Bien entendu, ces résultats ne permettent, en aucune façon, de tirer des conclusions sur l'approche de santé publique comparée à l'approche clinique standard. Pour ce faire, la poursuite de l'essai jusqu'à son terme est indispensable. Par ailleurs, les études anthropologiques et économiques actuellement menées apporteront des informations complémentaires utiles, notamment sur les difficultés liées au suivi des patients sous antirétroviraux dans ce contexte.

D'autres essais en cours de publication permettent d'envisager avec optimisme la validation des algorithmes simplifiés de prise en charge qui, compte tenu des contraintes des pays à ressources limitées, constituent une condition nécessaire de la poursuite avec succès du passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral [5]. Néanmoins, à notre connaissance, l'essai Stratall – Anrs 12 110 sera le premier, si ses résultats s'avèrent positifs, à contribuer à cette validation dans le contexte d'une prise en charge décentralisée desservant les zones rurales.

La coordination du programme national de décentralisation de l'accès aux antirétroviraux au niveau des hôpitaux de district, de l'appui à celui-ci du programme Esther et de l'essai Stratall – Anrs 12 110 a, d'ores et déjà, permis d'accompagner le processus de décentralisation, grâce, d'une part, à la formation et à la supervision des équipes médicales et, d'autre part, à la mise aux normes des infrastructures (réfection et équipement des laboratoires, fourniture des stocks initiaux d'antirétroviraux et de réactifs de laboratoire, équipement informatique...).

Remerciements

Les auteurs remercient les patients et le personnel des hôpitaux de district qui participent à cet essai, ainsi que les autorités camerounaises.

Références bibliographiques

1. Akinola NO, Olasode O, Adediran IA, Onayemi O, Murainah A, Irinoye O, *et al.* The search for a predictor of CD4 cell count continues : total lymphocyte count is not a substitute for CD4 cell count in the management of HIV-infected individuals in a resource-limited setting. *Clin Infect Dis* 2004 ; 39(4) : 579-81.
2. Badri M, Lawn SD, Wood R. Short-term risk of AIDS or death in people infected with HIV-1 before antiretroviral therapy in South Africa : a longitudinal study. *Lancet* 2006 ; 368(9543) : 1254-9.
3. Bourgeois A, Laurent C, Mougnotou R, Nkoué N, Lactuock B, Ciaffi L, *et al.* Field assessment of generic antiretroviral drugs : a prospective cohort study in Cameroon. *Antivir Ther* 2005 ; 10(2) : 335-41.
4. Braitstein P, Brinkhof MW, Dabis F, Schechter M, Boule A, Miotti P, *et al.* Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy : comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006 ; 367(9513) : 817-24.
5. DART Trial Team. Routine versus clinically driven laboratory monitoring of HIV antiretroviral therapy in Africa (DART) : a randomised non-inferiority trial. *Lancet* 2009 ; Dec 9 [Epub ahead of print].
6. Desclaux A, Lanièce I, Ndoye I, Taverne B. *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales.* Anrs, Paris 2002.
7. Ferradini L, Jeannin A, Pinoges L, Izopet J, Odhiambo D, Mankhambo L, *et al.* Scaling up of highly active antiretroviral therapy in a rural district of Malawi : an effectiveness assessment. *Lancet* 2006 ; 367(9519) : 1335-42.
8. Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, Gove S, Perriens J, Souteyrand Y, *et al.* The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet* 2006 ; 368(9534) : 505-10.
9. Katzenstein D, Laga M, Moatti J-P. The evaluation of the HIV/AIDS drug access initiatives in Côte d'Ivoire, Senegal and Uganda : how access to antiretroviral treatment can become feasible in Africa. *AIDS* 2003 ; 17(suppl 3).
10. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag MS, Justice AC, *et al.* Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med* 2009 ; 360(18) : 1815-26.
11. Kouanfack C, Montavon C, Laurent C, Aghokeng A, Kenfack A, Bourgeois A, *et al.* Low levels of antiretroviral-resistant HIV infection in a routine clinic in Cameroon that uses the World Health Organization (WHO) public health approach to monitor antiretroviral treatment and adequacy with the WHO recommendation for second-line treatment. *Clin Infect Dis* 2009 ; 48(9) : 1318-22.
12. Laurent C, Diakhaté N, Ngom Gueye NF, Touré MA, Sow PS, Faye MA, *et al.* The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative : an 18-month follow-up study. *AIDS* 2002 ; 16(10) : 1363-70.
13. Laurent C, Ngom Gueye NF, Ndour CT, Gueye PM, Diouf M, Diakhaté N, *et al.* Long-term benefits of highly active antiretroviral therapy in Senegalese HIV-1-infected adults. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005 ; 38(1) : 14-7.
14. Laurent C, Meilo H, Guiard-Schmid JB, Mapoure Y, Noël JM, M'Bangué M, *et al.* Antiretroviral therapy in public and private routine health care clinics in Cameroon : lessons from the Douala antiretroviral (DARVIR) initiative. *Clin Infect Dis* 2005 ; 41(1) : 108-11.

15. Ministre de la Santé publique. *Plan de décentralisation de la prise en charge par les antirétroviraux au Cameroun (2004-2005)*. Ministère de la Santé publique, Yaoundé, Cameroun, 2004.
16. Ministre de la Santé publique. *Directives nationales de prise en charge des personnes vivant avec le VIH par les antirétroviraux*. Ministère de la Santé publique, Yaoundé, Cameroun, 2007.
17. Sax PE, Baden LR. When to start antiretroviral therapy-ready when you are ? *N Engl J Med* 2009 ; 360(18) : 1897-9.
18. Seyler C, Anglaret X, Dakoury-Dogbo N, Messou E, Touré S, Danel C, *et al.* Medium-term survival, morbidity and immunovirological evolution in HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Antivir Ther* 2003 ; 8(5) : 385-93.
19. Stratall-Anrs 12 110 trial. In : <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00301561?term=stratall&rank=1>.
20. Tassie JM, Marquardt T, Damisoni H, Odhiambo OD, Mulemba M, Szumilin E, *et al.* Indirect markers to initiate highly active antiretroviral therapy in a rural African setting. *Aids* 2004 ; 18(8) : 1226-8.
21. Weidle PJ, Malamba S, Mwebaze R, Sozi C, Rukundo G, Dowing R, *et al.* Assessment of a pilot antiretroviral drug therapy programme in Uganda : patients' response, survival, and drug resistance. *Lancet* 2002 ; 360(9326) : 34-40.
22. When To Start Consortium, Sterne JA, May M, Costagliola D, de Wolf F, Phillips AN, *et al.* Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients : a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. *Lancet* 2009 ; 373(9672) : 1352-63.
23. World Health Organization. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings : treatment guidelines for a public health approach*. In : http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf ; 2003.
24. World Health Organization. *Towards universal access by 2010. How WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support*. In : <http://www.who.int/hiv/toronto2006/towardsuniversalaccess.pdf> ; 2006.
25. World Health Organization. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : Recommendations for a public health approach*. 2006 revision. In : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf> ; 2006.
26. World Health Organization /UNICEF/, UNAIDS. *Towards universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Geneva, 2009.

Chapitre 11

Acteurs et structures de prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH

Approches historique et anthropologique

Alioum IDRISOU, Christopher KUABAN, Josiane MBALLA, Jean-Baptiste NZOGUÉ, Joseph OWONA-NTSAMA, Antoine SOCPA, Laurent VIDAL

Arguments et démarche

Décryptée aux plans épidémiologique et clinique depuis de nombreuses années, la co-infection tuberculose/VIH a paradoxalement été fort peu étudiée par les sciences sociales, parmi lesquelles l'anthropologie et l'histoire. Les agences internationales (OMS et ONUSIDA en tête) s'efforcent d'amener les responsables des programmes de lutte contre les deux maladies, d'une part, et les praticiens les prenant en charge, d'autre part, à mieux collaborer. Ce rapprochement est censé faciliter la mise en place de stratégies pour que les patients co-infectés puissent être dépistés, traités et suivis dans les meilleures conditions : protocoles, guides de « bonnes pratiques » pouvant renvoyer à des expériences déjà menées. L'impérieuse nécessité de ce rapprochement est régulièrement relayée au plus haut niveau politique.

Ainsi se construit une « question » de recherche majeure pour les sciences sociales. En premier lieu, la prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH oblige à se pencher simultanément sur trois niveaux : son intégration effective au niveau institutionnel des programmes de lutte et sa « gestion politique » ; sa réalité dans les pratiques des soignants ; son appréhension par les patients eux-mêmes. En second lieu, elle fait écho à des préoccupations qui sont au cœur des représentations et des pratiques de l'ensemble des acteurs de la santé. La recherche¹, dont les premières conclusions concernant le Cameroun sont présentées dans ce texte, ajoute à cet argument la volonté de comprendre les situations actuelles par une mise en perspective historique, partant de l'hypothèse que les éventuelles difficultés de rapprochement entre les deux programmes de lutte se comprennent aussi par leurs histoires différentes, singulières, qui peuvent s'articuler avec la prise en charge d'autres pathologies (maladies sexuellement transmissibles dans le cas du VIH, par exemple).

Au plan méthodologique, la recherche dont nous rendons compte ici a combiné plusieurs approches. Les anthropologues ont analysé les documents produits par les programmes de lutte contre le sida et la tuberculose, interrogé les acteurs actuels et passés de ceux-ci, et mené des enquêtes dans quatre structures de santé camerounaises (deux dans la région du Centre, deux dans celle du Littoral), qui associaient des observations sur sites des pratiques durant plusieurs

¹ Les prises en charge croisées de la tuberculose et du VIH : processus historiques et contraintes sociales (Sénégal, Cameroun). Projet Anrs 12 155 en cours, coordonné par Christopher Kuaban et Laurent Vidal, qui s'achèvera mi 2010.

semaines et des séries d'entretiens avec les soignants ; ils ont également suivi les activités d'associations de lutte contre le sida intégrant la question de la tuberculose. De leur côté, les historiens ont rassemblé et étudié une série de travaux académiques, de littérature grise et des documents d'archives disponibles à Yaoundé et Buéa (respectivement pour la partie francophone et anglophone du Cameroun).

Tuberculose et maladies sexuellement transmissibles : l'ancrage historique

Convergence des discours et prise en charge séparée

Extérieures à toute représentation en termes de pathologie exotique, la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles (notamment la syphilis²), maladies cosmopolites et universelles, infectieuses et contagieuses, considérées comme des maladies dites sociales dans la nomenclature nosologique, apparaissent, dès les années d'occupation allemande du territoire (rapport de 1908-1909), dans les statistiques médicales des rapports annuels du gouvernement français à la Société des nations (RASDN) des années 1920.

En fait, dès 1921, au Cameroun français³, il est fait état, dans les discours officiels, de ce que la syphilis est fréquente et qu'« *on la rencontre dans tout le territoire, sans qu'il soit possible d'indiquer quelle zone est plus particulièrement contaminée* » (RASDN, 1921 : 33) [29]. C'est dans ce sens que le médecin de la circonscription de Dschang écrivait qu'« *extrêmement répandue, la syphilis est un fléau qui sévit et qui s'étend* » (RASDN, 1923 : 58). Dans le même rapport, les autorités françaises au Cameroun reconnaissent que « *sur tous les points du territoire, les constatations sont pénibles [et que] le fléau existant, il faut le conjurer pendant qu'il est temps encore* » (RASDN, 1923 : 58-59) [31]. De plus, la syphilis est citée en première ligne des causes de dénatalité. C'est pourquoi, ces autorités affirment que « *la syphilis est une menace redoutable pour la race à cause de nombreux avortements qu'elle provoque* » (RASDN, 1924 : 42) [32] et qu'elles devraient tout mettre en œuvre pour la combattre. Pour des raisons économiques [11, 15], les autorités françaises finiront par se résigner à ne pas contrôler la « diffusion » de la syphilis, en affirmant en 1927 que « *telle qu'elle est actuellement réalisée, la lutte contre le péril vénérien répond aux nécessités du moment* » (RASDN, 1927 : 24)⁴ [33].

² Nous nous limiterons à une présentation globale des maladies sexuellement transmissibles, sachant que des différences peuvent être opérées entre la syphilis endémique et la syphilis tertiaire, avec de possibles confusions avec le pian.

³ C'est à l'issue de la Première Guerre mondiale, que les Anglais et les Français, succédant aux Allemands (1884-1916) défaits au Cameroun, se partagent le territoire dans les proportions suivantes : 4/5 revenant aux Français et 1/5 aux Anglais, partage entériné à la Conférence de Paix de Versailles en 1919. Mais c'est en juillet 1922, qu'officiellement la Société des nations donne mandat aux deux puissances, sans remettre en cause le *statu quo ante*, la gestion du Cameroun étant désormais divisée en deux. La même disposition sera reconduite après la Deuxième Guerre mondiale par l'ONU.

⁴ Elle se déclinait en : traitement dans les centres pourvus d'un dispensaire ; traitement au cours des tournées médicales (en particulier dans la Région Nord) ; traitement par les équipes de prospection et d'atoxylation ou de trypanisation de la mission permanente de trypanosomiase ; enfin, consultations de gynécologie, d'obstétrique et prénatales.

Plus proches de nous, les rapports annuels de 1952 et 1956 reconnaissent que les maladies vénériennes « *comme toujours (...) tiennent la vedette* » (RAONU, 1952 : 240 ; RAONU, 1956 : 219) [25, 28]. Ces rapports attirent, en parallèle, l'attention sur le fait que la tuberculose « *prend une place de plus en plus importante dans la morbidité hospitalière* » (RASDN, 1936 : 135) [34]. Somme toute, les pathologies vénériennes et la tuberculose apparaissent comme de « grandes endémies » (RAONU, 1956 : 212) [25].

De manière concrète, la gravité de ces pathologies s'apprécie dès les années 1920 avec la syphilis occupant la première place dans la morbidité de la population dans les centres urbains (RASDN, 1922 : 38)⁵ [30] et la deuxième dans la morbidité générale en milieux ruraux en 1936 (RASDN, 1936 : 135) [34]. Les maladies vénériennes vont devenir aussi un problème militaire quand, en 1940, 60 malades sont dépistés à Yaoundé dans ce corps pour le seul mois de novembre (APA 12052/N Prostitution)⁶ [6]. Dans la synthèse des données contenues dans les rapports annuels des années 1950, les chiffres de dépistage des cas de syphilis vont croissants (RAONU, 1955 : 192)⁷, sans fléchir jusqu'à la fin des années 1970 (OCEAC, 1966 : 87) [20].

Pour ce qui est de la tuberculose, les autorités allemandes signalèrent fréquemment les ravages de cette maladie dans les plantations [37, 40]. La découverte, dans les années 1920, au Cameroun sous administration française, de cas avérés d'européens malades a retenu l'attention de l'administration (RASDN, 1922, p. 39)⁸ [30]. Il en est de même au Cameroun britannique⁹ où, jusqu'à la fin des années 1970, la tuberculose y apparaît comme une pathologie préoccupante (OCEAC, 1978 : 32) [23].

De façon schématique, deux périodes peuvent être distinguées dans la trajectoire historique de la prise en charge, dans les structures de soins, des maladies sexuellement transmissibles d'une part, de la tuberculose, d'autre part.

La première période traduit une prise en charge que l'on peut qualifier de « non spécifique » et s'étale de 1923 à 1951 : les malades étaient pris en charge dans des hôpitaux du service public, y compris dans des infirmeries de prison pour les malades vénériens. Nous avons là une forme de paradoxe : alors que les autorités, tant sanitaires qu'administratives, soutiennent dans leurs discours que les deux pathologies occupent une place importante dans la morbidité générale et la morbidité hospitalière (RASDN, 1936 : 135) [34], rien de concret ne se fait dans le sens de la mise en place de structures de prise en charge dédiées à ces pathologies. Faut-il y voir une absence de volonté ? On serait tenté de le dire,

⁵ Les localités d'Ebolowa, Yaoundé et Douala ayant enregistré respectivement 2 663 malades (32 %), 2 044 malades (10 %) et 1 774 malades (6 %), soit un total de 6 481 malades, représentant 11,8 % de leur nombre total. Rappelons que ces données ne proviennent que des dispensaires et des hôpitaux.

⁶ Ce qui commandait des mesures urgentes : santé et discipline des militaires obligent.

⁷ 5 149 cas en 1953, 2 448 en 1954 et 1 636 nouveaux cas en 1955.

⁸ Notamment, 16 cas. Aussi les autorités françaises au Cameroun préconisèrent-elles qu'une grande sévérité au départ de l'Europe était nécessaire « afin que des tuberculeux ne viennent pas contaminer le pays » (RASDN, 1923 : 58) [31].

⁹ Le rapport de l'administration britannique précisait que les 88 cas recensés ne renseignaient pas suffisamment sur la prévalence de la maladie et que la situation était beaucoup plus grave [9]. Aussi, les chiffres suivants confortèrent-ils les autorités principalement françaises du territoire dans leur prise de conscience : 16 cas en 1924 (RASDN, 1924 : 43) [32], 299 en 1934 et 430 en 1936 (RASDN 1936 : 135) [34] parmi les autochtones.

au regard du projet avorté de la construction d'un pavillon pour prostituées à l'hôpital indigène de Douala en 1940, sous le prétexte de son coût élevé (ANY, APA 12052/N, Prostitution)¹⁰ [6].

La deuxième période témoigne, *a contrario*, de la mise en place d'une prise en charge « spécifique ». Elle démarre effectivement en 1953 et se poursuit jusqu'à nos jours. En fait, c'est le 19 décembre 1953 que le premier centre antivénérien est ouvert à Douala¹¹. Il faut attendre deux années pour que celui de Yaoundé voie le jour. Auparavant, selon différents rapports annuels (RAONU, 1953 : 239 ; RAONU, 1954 : 217 et 1956 : 238) [25-27], les malades atteints de maladies sexuellement transmissibles étaient soignés gratuitement, au même titre que les autres malades, dans les hôpitaux et les dispensaires. Parallèlement, la construction d'un dispensaire antituberculeux voisin de l'hôpital « indigène » de Douala fut achevée en 1952 (RAONU, 1952 : 235) [28]. Dans les autres régions où l'affection tuberculeuse se révélait menaçante, des formations hospitalières furent agrandies de pavillons antituberculeux. Rappelons que c'est dans les années 1950 que fût disponible au Cameroun aussi bien le traitement antituberculeux (la streptomycine) que celui contre les maladies sexuellement transmissibles (l'extencilline) (RAONU, 1956 : 220)¹² [25]. Deux spécialistes en pneumologie arrivèrent dans la foulée en 1955. À partir de 1964, il y eut une extension des dispensaires spécialisés sur l'ensemble du territoire, tant pour les maladies sexuellement transmissibles que pour la tuberculose. Par ailleurs, la création du laboratoire de la tuberculose à l'Institut Pasteur à Yaoundé en 1968 donnera une nouvelle impulsion aux dispensaires antituberculeux (OCEAC, 1978 : 86) [23].

De la réglementation administrative aux programmes nationaux

Comme on vient de le rappeler, les prises en charge respectives de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles se situent donc sensiblement dans la même temporalité historique quant à leur signalement par les autorités françaises locales (1921 pour les maladies sexuellement transmissibles, 1924 pour la tuberculose). Pour les maladies sexuellement transmissibles, c'est face à la fréquence des affections vénériennes que les législateurs français avaient prévu, dans les textes, la nécessité de surveiller la prostitution. Cette réglementation a conduit à l'élaboration et la production, à partir de 1923, de quatre arrêtés allant dans le sens de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (ANY, APA 12052/N, Prostitution)¹³ [6]. Il y est fait état que « *toute fille publique doit se faire inscrire sur un registre spécial tenu au commissariat ; l'inscription peut avoir lieu d'office ; toutes les femmes inscrites au contrôle des prostituées sont tenues de se présenter à la visite médicale qui aura lieu au dispensaire tous les samedis à 14 heures ; les femmes reconnues malades seront placées d'office au dispensaire pour y être traitées et y resteront jusqu'à complète guérison ; les*

¹⁰ Projet de création du pavillon antivénérien par ailleurs fort sécuritaire « *pour éviter toute sortie clandestine des malades, les fenêtres ouvrant sur l'extérieur du pavillon seront "barreaudées" de grilles [et] des grilles en fer seront posées aux fenêtres des salles donnant vers l'extérieur* ».

¹¹ Un médecin spécialisé y était même affecté.

¹² Nous avons aussi les médicaments suivants : pénicilline, tifomycine, auréomycine + sanclomycine, terramycine. Par ailleurs, pour la tuberculose, en 1937 et notamment à Douala, 6 autochtones avaient été traités par pneumothorax et s'agissant de la syphilis, au cours des années 1920, des injections intraveineuses d'arsénobenzol étaient pratiquées.

¹³ Arrêtés du 7 septembre 1923, du 3 septembre 1930, du 27 octobre 1933 et du 1^{er} novembre 1953.

infractions aux dispositions du présent arrêté seront punies de 1 à 50 francs d'amende ou de 1 à 5 jours de prison ; en cas de récidive, il pourra être fait application de ces deux peines » (RASDN, 1923 : 195) [31].

Par « filles publiques », il fallait entendre, selon l'article 1^{er} du texte de 1923, « *toutes les femmes qui se livrent habituellement à la prostitution et n'ont pas d'autre moyen d'existence* » (ANY, JOC, 1927 ; RASDN, 1923) [5, 31]. Très vite, apparurent les limites de cette approche réglementaire et coercitive, notamment quant à la définition de la femme publique, cela y compris dans les correspondances des autorités en charge de la question. C'est ainsi que Le Metayer, par ailleurs chargé de l'administration de la ville de Douala, signalait au chef de la circonscription de la même ville dans une correspondance du 31 juillet 1925 que : « *La prostitution telle qu'elle est définie à l'article 1 de l'arrêté n'existe pas à Douala. Aucune personne ne vit d'une manière continue du commerce de ses charmes, ne possède d'autre moyen d'existence [...] Réglementer le commerce de la prostitution est surtout une question de tact et de doigté* » (ANY, APA 12052/N, Prostitution) [6]. C'est pour pallier cette limite que des arrêtés du 3 septembre 1930, puis du 27 octobre 1933, modifient celui du 7 septembre 1923¹⁴. Le rapport annuel de 1953 reconnaît, une vingtaine d'années plus tard, l'échec du contrôle effectif des prostituées, dans ce sens que l'arrêté de 1933 est « *tombé en désuétude* » (RAONU, 1953 : p. 239) [27].

En 1964, un programme de lutte contre les tréponématoses et les maladies sexuellement transmissibles est initié par le conseil de la recherche scientifique et appliqué aux études et enquêtes du Cameroun, avec les soutiens de l'OMS et de l'UNICEF, dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale (OCEAC, 1965 : 24) [19]. Rappelons que les états d'Afrique centrale étaient tous dotés, au début des années 1960, de services des grandes endémies (OCEAC, 1965 : 7-8) [19], sorte de dispositif sanitaire hérité de la période coloniale française, plus précisément après la conférence franco-africaine de Brazzaville, en 1944. Ce programme visait explicitement les objectifs suivants : organiser les services antivénéériens, avec traitement obligatoire pour les malades susceptibles de contaminer autrui ; renforcer l'équipement des laboratoires de sérologie ; éduquer les populations sur les dangers des maladies sexuellement transmissibles (OCEAC, 1974 : rapport d'ailleurs totalement consacré à cette nouvelle approche) [21].

De son côté, l'évolution de la lutte contre la tuberculose se fit au gré des priorités de l'administration coloniale et de l'évolution des recherches médicales. Autant dire qu'avant les années 1950, aucun dispositif réglementaire comparable à l'arrêté du 26 février 1917 en rapport avec la prophylaxie de la lèpre au Cameroun n'existait [1]. Face à la pression de l'OMS et aux critiques émanant du conseil de tutelle de l'ONU, qui insistait sur la nécessité d'envisager avec plus de sérieux la lutte contre la tuberculose au Cameroun et de sensibiliser les peuples colonisés sur les dangers que cette maladie représentait pour la santé publique, l'administration coloniale entreprit une action de propagande. Une

¹⁴ Notons que l'arrêté du 3 septembre 1930 comporte une particularité : l'accroissement de la dimension répressive de la prostitution, avec notamment la possibilité d'appliquer les mesures d'exception, comme l'indigénat (cf. le décret déterminant les infractions spéciales à l'indigénat du 1^{er} octobre 1917, JOTOAC, n° 13, 1917, pp. 157-58). Le régime d'exception de l'indigénat donnait aux autorités administratives coloniales le droit d'infliger des sanctions pénales aux indigènes (cf le décret déterminant au Cameroun l'exercice des pouvoirs disciplinaires du 15 octobre 1924, JOC, n° 107, 1924, p. 419).

campagne de lutte contre la tuberculose dans l'ensemble du territoire fut organisée en 1951-1952 sur le thème « La tuberculose est contagieuse donc évitable » [6]. L'organisation de cette campagne fut confiée au service social du territoire. En 1954, une décision du Haut Commissaire de la République française créait un comité d'action et de propagande pour la lutte contre la tuberculose. En 1959, du fait du statut autonome du Cameroun acquis en 1957, le gouvernement local s'appropriera cette initiative, tout en conservant l'appellation et les missions initiales, dans le but de promouvoir toute action contribuant à la lutte contre la tuberculose [8]. Par ailleurs, ce comité était chargé d'organiser la campagne nationale du timbre antituberculeux (JOC, 1959 : 1486) [17]. Il était censé dépendre d'un « fonds de concours » du budget du Cameroun. Au cours de la même année, un arrêté du ministre de la Santé publique et de la population rendait obligatoire le BCG au Cameroun, notamment pour les enfants, les employés des entreprises et des services publics (JOC, 1959 : 1772-1773) [17].

Conformément au programme mis en place par l'OCEAC dès 1964, la prise en charge de la tuberculose, gratuite dans un premier temps, sera axée sur le dépistage des malades contagieux, leur traitement (y compris en ambulatoire) et la protection des sujets sains. En 1987, dans la foulée de l'Initiative de Bamako, qui s'efforce de généraliser des politiques de recouvrement direct des coûts auprès des usagers des services de santé primaire dans les pays africains dans l'objectif proclamé d'améliorer la solvabilité financière des systèmes de santé [10], il est mis fin à la totale gratuité des soins, dont les coûts étaient jusque-là entièrement supportés par le budget du ministère de la Santé publique. L'année 1996 amène un nouveau tournant dans ce champ, avec la mise sur pied du programme national de lutte contre la tuberculose.

Bref, jusqu'à la fin du xx^e siècle, les discours alarmistes des autorités publiques locales au sujet des maladies sexuellement transmissibles et de la tuberculose traduisent une prise de conscience du caractère morbide et mortifère de ces deux pathologies, mais aussi de leur impuissance à les maîtriser (les taux de prévalence observés au Cameroun restant au mieux constants).

La mise sur pied et la création de dispositifs réglementaires, de structures et d'activités spécifiquement orientés sur les deux pathologies n'ont pas permis de les faire reculer. Plusieurs facteurs auront influencé en ce sens leur trajectoire historique : approche coercitive des textes réglementaires, prise en charge tardive dans les structures spécialisées, insuffisance de personnels qualifiés et des équipements dans ces dernières, absence de volonté et moyens financiers limités sinon dérisoires.

Institutions, associations et professionnels de santé face à la co-infection

L'intégration au plan institutionnel

Souci de la réglementation parfois en décalage avec la réalité (prostitution), arrivée de structures spécialisées, contraintes économiques, les quelques enseignements du passé qui ont été retracés ci-dessus « parlent » indubitablement aux observateurs des situations actuelles relatives aux organisations des luttes contre la tuberculose et le sida et à leur tentative d'intégration.

Rappelons tout d'abord que la création des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH/sida au Cameroun a été fortement influencée, non seulement par la prévalence et l'incidence importantes de ces deux maladies, mais aussi par l'attention que leur a accordé la communauté internationale. L'apparition des premiers cas de sida au Cameroun, en 1985, suscite une grande inquiétude des pouvoirs publics, du fait de l'ampleur de la pandémie dans le monde et en Afrique sub-saharienne en particulier. En 1987, est lancé le programme national de lutte contre le sida. Ses activités bénéficient du soutien du gouvernement camerounais, des partenaires nationaux et internationaux, dont la Croix-Rouge, l'Union européenne, l'OMS, l'ONUSIDA, etc., et sont préexistantes à celles du programme national de lutte contre la tuberculose. De son côté, l'organisation institutionnelle de la lutte contre la tuberculose commence peu avant 1995 par la rédaction du Manuel de la politique nationale et d'un guide technique destiné au personnel soignant. En 1996, la phase pilote du programme national de lutte contre la tuberculose est lancée dans la province de l'Ouest avec un financement de l'Union européenne. La structuration de ce programme au niveau national, dans les années suivantes, est notamment soutenue par le Fonds mondial, qui participera, à partir d'octobre 2004, au financement de la gratuité des traitements antituberculeux.

Placés tous deux sous la tutelle du ministère de la Santé publique, le programme national de lutte contre la tuberculose et le programme national de lutte contre le sida structurent leurs activités à trois niveaux : central, régional ou intermédiaire et périphérique. Le niveau central s'occupe de la conception des programmes et des décisions. Il est soutenu par le niveau régional, qui se charge de traduire les décisions en opérations concrètes à exécuter au niveau périphérique (districts de santé). D'une manière générale, cette organisation institutionnelle décentralisée obéit à un souci d'efficacité dans les stratégies de lutte.

En dépit du fait que la tuberculose a été identifiée très tôt comme l'infection opportuniste la plus fréquemment associée au VIH dans le contexte africain, les organigrammes initiaux des deux programmes ne prévoient pas de passerelles de collaboration ou de planification intégrée ou conjointe dans la lutte contre les deux maladies. Cette situation perdurera jusqu'en 2006, moment où la définition d'une stratégie de prise en charge croisée VIH/tuberculose est introduite dans les conditions des bailleurs de fonds, dont le Fonds mondial, pour poursuivre leur soutien aux programmes. De même, le souci d'intégration des prises en charge ne s'inscrit dans les discours médicaux au Cameroun qu'à partir de 2006. Le seul lien formel entre les deux programmes se résume d'ailleurs à un « point focal », qui ne dispose pas d'un réel pouvoir de décision et, donc, des moyens institutionnels qui lui permettraient d'infléchir les objectifs respectifs du programme national de lutte contre la tuberculose et du programme national de lutte contre le sida. Chacun des deux programmes tendant à préserver son autonomie en matière d'objectifs, de ressources, et de stratégies, tout projet d'intégration se heurte inévitablement à un délicat problème de gouvernance.

En particulier, deux des problèmes majeurs que les programmes ont du mal à résoudre conjointement tiennent, d'une part à l'organisation de plateformes de collaboration effectivement opérationnelles entre les structures spécialisées dans le traitement de la tuberculose et celles consacrées à la prise en charge du VIH/sida (centres de traitement agréés/unités de prise en charge) et, d'autre part, dans la façon de concilier en pratique l'application effective de la supervision

directe du traitement antituberculeux avec la prise en charge médicale de la co-infection tuberculeuse chez les patients infectés par le VIH.

Associations de lutte contre le sida : la question de la tuberculose

La situation du monde associatif au Cameroun a été récemment caractérisée en termes de « démobilisation », compte tenu du contrôle politique, multiforme, parfois ambigu, qu'y exerce le pouvoir en place [24]. S'agissant du sida [12-14], des associations ont été impliquées dans la prise en charge des patients, modifiant les équilibres au sein des équipes soignantes [18], pouvant créer des tensions chez ces dernières et des insatisfactions chez ces nouveaux intervenants qui ne bénéficient pas toujours d'une rémunération, même minimale [38]. À ce contexte général, s'ajoute l'entrée de la société civile, à travers les associations de lutte contre le sida et les représentants des trois maladies (sida, paludisme et tuberculose), dans le comité national de coordination des activités du Fonds mondial dont la mise en place est exigée pour élaborer et suivre les programmes qu'il finance.

Dans ce cadre général actuel, rares sont les associations de lutte contre le sida (qu'elles soient ou non majoritairement composées de personnes vivant avec le VIH/sida) qui intègrent dans leurs activités la question de la tuberculose. Nous en avons identifié quatre dans la capitale, Yaoundé, dont trois associations de personnes vivant avec le VIH/sida. Le processus qui conduit les membres de ces quatre associations à s'intéresser à la co-infection VIH/tuberculose à partir de 2004/2005 obéit à un ensemble de déterminations qui s'appuient souvent sur une succession d'expériences individuelles vécues de la tuberculose qui permet à ces personnes vivant avec le VIH de « toucher » de près le lien entre les deux pathologies. Jouent également un rôle important les constats « de visu » de la situation dans les hôpitaux (des malades tuberculeux « abandonnés » à eux-mêmes, le sentiment que le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/sida est mal organisé). À ces incitations personnelles ou locales, peuvent s'ajouter des motivations externes, liées à la participation à des forums internationaux.

Concrètement, ces associations intervenant sur la tuberculose mènent diverses activités : éditoriales (publication d'un bulletin, confection d'une « charte du patient co-infecté » mentionnant ses droits et ses devoirs) ; de formation (mise en place dans un district de santé d'un groupe de « pairs éducateurs » qui informent les personnes vivant avec le VIH/sida et leur entourage sur la tuberculose) ; de sensibilisation sur la co-infection, lors de « causeries » dans des quartiers de Yaoundé ; d'appui nutritionnel aux malades co-infectés, cette dernière action les mettant au contact de professionnels prenant en charge la co-infection.

À l'inverse, le fait que la majorité des associations de lutte contre le sida ne développe pas d'actions en direction de la tuberculose renvoie à deux ensembles d'explications. Une première a trait au fait que la tuberculose est incluse dans les affections opportunistes engendrées par l'infection à VIH/sida, ce qui ne facilite pas des actions ciblées sur la première. Mener des actions sur la tuberculose suppose alors de le faire au titre de la co-infection, c'est-à-dire en expliquant l'importance, la gravité, les enjeux d'un problème de santé qui n'est pas en soi, au niveau des représentations, « une » maladie. En second lieu, le manque de ressources financières des associations peut les conduire à préférer consacrer celles-ci à leur « cœur de métier », à savoir le VIH, au détriment de fait de la

tuberculose. Les leaders associatifs reconnaissent avoir parfois du mal à plaider, au sein même de leur association, la cause de la tuberculose que certains membres jugent difficilement « finançable ».

La prise en charge dans les structures sanitaires

Qu'en est-il aujourd'hui du quotidien de la prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH ? Les structures sanitaires où se sont déroulées nos observations comprennent, sur un même site, à la fois un centre de dépistage et de traitement de la tuberculose et un centre de prise en charge du VIH (centre de traitement agréé ou unité de prise en charge). Elles sont donc « en première ligne » pour la prise en charge de la co-infection. Pour autant, celle-ci s'y effectue de façon variable, permettant de repérer des logiques d'« intégration » et de « verticalité » à différents moments ou chez divers professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, comme cela a déjà été observé dans l'exécution de divers programmes ciblés sur une maladie [36].

Dans ces quatre structures spécialisées de prise en charge de la tuberculose et du sida (deux centres de traitement agréés et deux unités de prise en charge) des régions du Centre et du Littoral, on dénote des velléités d'intégration poussée des activités des deux programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose, depuis le dépistage des cas de co-infection jusqu'au suivi des patients durant leur thérapie. Pour autant, les formes de collaboration mises en place ne sont pas identiques. Dans trois de ces structures, les médecins participent à la prise en charge globale des patients (dépistage des cas de co-infection, prescription, suivi des patients co-infectés). En revanche, les autres activités (conseil préventif, éducation thérapeutique, aide à l'observance) s'effectuent dans des locaux distincts et spécifiques à chaque pathologie, et les professionnels non-médecins qui s'y consacrent ne font presque pas référence à l'une ou l'autre pathologie dans leurs discours. Dans la quatrième structure, la collaboration entre les deux services de prise en charge se limite au dépistage des cas de co-infection. Les patients sont ensuite référés vers l'un ou l'autre service pour la prise en charge de chacune de ces pathologies. Toutefois, les médecins (en majorité ceux du service de la tuberculose) de cette quatrième structure sont favorables à une évolution de ces services vers une prise en charge globale des patients co-infectés.

Cependant, quelle que soit la forme de collaboration considérée, une fois que le diagnostic de la co-infection est établi, les patients ne sont pas toujours informés du lien qui existe entre les deux pathologies. Par ailleurs, l'annonce aux patients de leur statut de co-infecté n'est pas toujours immédiate. En effet, l'annonce de la séropositivité pour le VIH peut être différée de plusieurs jours ou de plusieurs mois après le début de la thérapie antituberculeuse, notamment lorsque le test du VIH a été effectué sans une procédure claire d'obtention du consentement du patient.

En somme, les pratiques médicales de dépistage et de mise sous traitement (plus ou moins combinées en fonction de la structure) permettent de parler d'une intégration partielle des prises en charges voulues par les deux programmes. Les avancées en matière d'intégration sont favorisées, comme le démontrent des études effectuées en Afrique du Sud [41] et au Mozambique [16], par l'existence dans ces structures sanitaires des deux activités, mais aussi par

l'implication volontaire de certains cliniciens dans la gestion des cas de co-infection. Toutefois, l'absence de directives concrètes en matière de collaboration des activités des deux programmes entrave la prise en charge totale et adéquate des patients. En témoignent la persistance d'un suivi parallèle de ces patients effectué dans des services différents et l'existence de personnels spécialisés dans la prise en charge du VIH ou de la tuberculose. Cela a pour conséquences un retard dans la prise en charge de l'une ou l'autre pathologie, ou encore le manque d'information, pour les patients, sur la réalité clinique de la co-infection et, pour les professionnels de santé, sur ses algorithmes de prise en charge.

Par ailleurs, des professionnels de santé, y compris des médecins, déplorent un manque de formation pour la prise en charge de la co-infection. Cela peut s'expliquer par le fait que les formations organisées par le programme national de lutte contre la tuberculose et le comité national de lutte contre le sida sont généralement destinées aux acteurs formellement désignés pour suivre exclusivement, soit les patients tuberculeux, soit ceux infectés par le VIH. On constate enfin, un manque de restitution organisée des enseignements par ceux qui ont été formés auprès de leurs collègues.

Conclusion

La prise en charge au sens large (institutionnelle, médicale, associative) de la co-infection tuberculose/VIH doit se comprendre dans un équilibre entre des considérations historiques et contemporaines. Les premières nous renseignent sur l'importance perçue par les autorités coloniales de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles, sur l'existence de structures d'abord généralistes, puis spécifiques, de même que sur les difficultés d'appliquer une réglementation (s'agissant de la prostitution « liée » aux maladies sexuellement transmissibles). Les secondes prolongent ces constats, pour déboucher sur la conclusion que les efforts de collaboration entre les acteurs de la lutte contre la tuberculose et le sida se repèrent davantage « à la base », au niveau des structures de prise en charge, qu'au sein des institutions. En somme, la « culture de collaboration » n'est pas acquise. Elle doit se construire, en repensant le lien institutionnel entre les programmes, en systématisant, dans les structures, les échanges (information des patients, formation des professionnels) sur la co-infection et en encourageant une appropriation plus large, par le monde associatif impliqué dans la lutte contre le sida, des questions posées par la co-infection. Constats d'une part, suggestions d'autre part, qui nécessitent que la réflexion se poursuive, en se penchant notamment sur la comparaison des réponses passées à la tuberculose et aux maladies sexuellement transmissibles au Cameroun sous domination anglaise *versus* française, ainsi que sur la place de cette question de la co-infection dans la formation des professionnels et dans l'identité du soignant. Le tout doit permettre de poursuivre le débat, à la fois sur le contenu effectif de la « verticalité » des programmes tuberculose et sida et sur les effets réels de celle-ci sur les modalités actuelles de prise en charge de la co-infection.

Références bibliographiques

1. Archives nationales de Yaoundé, Journal officiel des territoires occupés de l'ancien Cameroun. *Arrêté du 26 février 1917 sur la prophylaxie de la lèpre au Cameroun*, p. 50-51.
2. Archives nationales de Yaoundé, Journal officiel des territoires occupés de l'ancien Cameroun. *Arrêté du 2 décembre 1916 relatif au fonctionnement du service médical général et de l'assistance médicale*.
3. Archives nationales de Yaoundé, Journal officiel des territoires occupés de l'ancien Cameroun. *Décret du 1^{er} octobre 1917 déterminant les infractions spéciales à l'indigénat*.
4. Archives nationales de Yaoundé, Journal officiel des territoires occupés de l'ancien Cameroun. *Décret du 15 octobre 1924 déterminant au Cameroun l'exercice des pouvoirs disciplinaires*.
5. Archives nationales de Yaoundé, Journal officiel des territoires occupés de l'ancien Cameroun. *Arrêté du 7 septembre 1927 réglementant la surveillance de la prostitution*.
6. Archives nationales de Yaoundé, Archives politiques et administratives, 12052/N Prostitution. *Arrêtés du 7 septembre 1927, 3 septembre 1930, 27 octobre 1933 et 1^{er} novembre 1953*.
7. Archives nationales de Yaoundé, Archives politiques et administratives, 11707 sd.
8. Archives nationales de Yaoundé, 3AC (affaires courantes) 4655, 1951.
9. Buéa Archives. *Report by His Britannic Majesty's Government on the administration under mandate of British Cameroons for the year 1924*. 1924.
10. Chabot J. The Bamako initiative. *Lancet* 1988 ; 2 : 1366-77.
11. Colombani O. *Mémoires coloniales. La fin de l'Empire français d'Afrique vue par les administrateurs coloniaux*. La Découverte, Paris, 1991.
12. Eboko F. Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun. *Autrepart* 1999 ; 12 : 123-40.
13. Eboko F. Institutionnaliser l'action publique en Afrique. La lutte contre le sida au Cameroun, In Quantin P, Éd. *Gouverner les sociétés africaines*. Karthala, Paris, 2005-a, pp. 263-287.
14. Eboko F. Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique. *Cahiers d'études africaines* 2005-b XLV ; 2 : 351-87.
15. Goutalier R. *Mémoires de la colonisation. Relations colonisateurs-colonisés*. l'Harmattan, Paris, 1993.
16. Health Alliance International. Integrating TB and HIV Care in Mozambique : Lessons from an HIV Clinic, In Beira, Ed. *Tuberculosis/HIV Case Study* <http://depts.washington.edu/haiuw>, CORE Group www.coregroup.org, 2005, 13 p.
17. Journal officiel du Cameroun, 1959.
18. Ladner J, Kanon S, Moumouni A. *Évaluation de l'Initiative Esther au Cameroun*. Rapport final, 2008, 223 p.
19. Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale. *Rapport final de la première conférence technique*. Yaoundé du 7 au 11 décembre 1965, Tome 1.

20. Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale. *Rapport annuel*. 1966, Tome 2.
21. Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale. *Rapport final de la 10^e Conférence sur l'éducation sanitaire en Afrique*. Yaoundé les 26, 27 et 28 février 1974.
22. Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale. *Rapport final de la 10^e Conférence technique de l'OCEAC*. Yaoundé les 15, 16 et 17 avril 1975. Tome 1.
23. Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale. *Rapport final de la 12^e conférence technique de l'OCEAC*. Yaoundé, 18, 19 et 20 avril 1978, Tome 1.
24. Pommerolle ME. Démobilisation collective au Cameroun : entre régime post-autoritaire et militantisme extraverti. *Critique internationale* 2008 ; 40 : 73-94.
25. *Rapport annuel du gouvernement français à l'Organisation des Nations unies*. 1956.
26. *Rapport annuel du gouvernement français à l'Organisation des Nations unies*. 1954.
27. *Rapport annuel du gouvernement français à l'Organisation des Nations unies*. 1953.
28. *Rapport annuel du gouvernement français à l'Organisation des Nations unies*. 1952.
29. *Rapport annuel du gouvernement français à la Société des Nations*. 1921.
30. *Rapport annuel du gouvernement français à la Société des Nations*. 1922.
31. *Rapport annuel du gouvernement français à la Société des Nations*. 1923.
32. *Rapport annuel du gouvernement français à la Société des Nations*. 1924.
33. *Rapport annuel du gouvernement français à la Société des Nations*. 1927.
34. *Rapport annuel du gouvernement français à la Société des Nations*. 1936.
35. *Rapport annuel du gouvernement français à la Société des Nations*. 1937.
36. Rifat A, Atun, et al. *Analyse des systèmes et des politiques de santé : quand les programmes verticaux ont-ils une place dans les systèmes de santé ?* Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, 2008, www.euro.who.int/French, 27 p.
37. Rudin HR. *Germans in the Cameroons, 1884-1914. A case study in modern imperialism*. Greenwood Press, New York, 1931.
38. Tantchou Yakam J, Gruénais ME. Involving new actors to achieve ART scaling-up : difficulties in an HIV/AIDS counseling and testing centre in Cameroon. *International Council of Nurses* 2009 ; 56, 1 : 50-7.
39. Touré Moriba. À propos des facteurs anthropologiques de la propagation du Sida en Afrique. *African Anthropology* 1995 ; Vol. II, N° 2 : 129-43.
40. Wang Sonnè. *Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916-1945*. Thèse de doctorat 3^e cycle, Université de Yaoundé, 1983, 316 p.
41. Wilkinson D. Tuberculose et réforme du secteur santé : l'expérience d'intégration des services de tuberculose dans le système de santé de district en Afrique du Sud rurale. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999 ; 3(10) : 938-43.

Seconde partie

Vivre avec le VIH/sida au Cameroun à l'ère des multithérapies antirétrovirales



Chapitre 12

Écarts à l'observance et interruptions de traitement chez les patients traités par antirétroviraux au Cameroun : des facteurs individuels aux contraintes structurelles

Sylvie BOYER, Isabelle CLERC, Fabienne MARCELLIN, Paule-Christiane BILÉ, Cécile-Renée BONONO, Sinata KOULLA-SHIRO, Maria-Patrizia CARRIERI, Bruno VENTELOU, Bruno SPIRE, Jean-Paul MOATTI et le groupe d'étude EVAL – Cameroun

Depuis l'introduction des multithérapies ayant fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de l'infection à VIH, il est établi qu'un niveau d'observance élevé est requis pour garantir le succès virologique chez les patients traités par antirétroviraux. Bien que le seuil d'observance minimal pour une efficacité optimale de ces traitements ne soit pas clairement défini, les données actuelles suggèrent que les patients doivent prendre près de 95 % des doses d'antirétroviraux qui leur sont prescrites pour maintenir la suppression de la réplication du VIH et que le taux d'échec virologique augmente lorsque le niveau d'observance diminue [2, 17, 19, 33]. Il a également été démontré que le défaut d'observance est responsable de plus de la moitié des échecs virologiques. Dans le contexte africain, une étude récente, conduite en Ouganda, a montré par ailleurs que les arrêts de traitement de plus de deux jours sont associés à un risque plus élevé de résistance virale, pouvant nécessiter le passage à des traitements de seconde ligne [32].

Le succès du passage à l'échelle de l'accès aux antirétroviraux en Afrique subsaharienne passe inévitablement par le maintien d'un niveau d'observance élevé et, notamment, par la limitation de la fréquence des arrêts de traitement. Une bonne observance est essentielle d'un point de vue clinique, afin de maximiser l'efficacité du traitement et de réduire le risque d'échec thérapeutique. Mais, elle l'est aussi au plan économique, en raison des coûts supplémentaires associés à une morbidité plus importante et à un recours accru aux traitements de seconde et troisième ligne, ainsi que du point de vue de la santé publique, du fait du risque d'émergence de résistances virales aux traitements disponibles [3, 4, 16, 18, 20, 21, 30].

La plupart des recherches antérieures, y compris celles menées dans le cadre des programmes africains d'accès aux antirétroviraux, ont porté sur l'analyse des déterminants individuels de l'observance [8, 12, 15, 25, 27, 28, 34, 39, 41]. Dans les pays à faibles ressources où les systèmes de santé font face à de fortes contraintes humaines et matérielles, les dysfonctionnements de l'offre de soins

peuvent cependant avoir un impact non négligeable sur les comportements individuels d'observance. Une meilleure connaissance du rôle des facteurs liés à l'offre des soins, en particulier de la variabilité des contraintes et des pratiques entre les différents services de soins (que nous qualifierons de « facteurs liés au système de santé » dans la suite de ce chapitre) s'avère indispensable pour comprendre la dynamique de l'observance rencontrée dans les cohortes de patients traités. Elle contribuerait également à améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida en Afrique sub-saharienne.

L'analyse présentée dans ce chapitre a pour principal objectif de mieux faire la part entre déterminants individuels et facteurs liés au système de santé ayant un impact sur les écarts à l'observance et les interruptions de traitement de plus de deux jours, chez les personnes vivant avec le VIH/sida traitées par antirétroviraux, et suivies dans un centre de traitement (centres de traitement agréés ou unités de prise en charge) en 2007 au Cameroun. Il s'agira également de déterminer s'il existe un ensemble de facteurs communs aux deux phénomènes (écarts à l'observance et interruptions de traitement) ou bien si les facteurs explicatifs diffèrent pour chacun d'eux. Le recours à des modèles de régression multinationaux fournit un outil statistique permettant de mieux distinguer le rôle respectif des facteurs liés aux caractéristiques des individus de ceux relevant du système de santé. L'analyse peut ainsi contribuer à mettre en évidence les gains potentiels, en termes d'efficacité et d'efficience des programmes d'accès aux antirétroviraux, pouvant être obtenus par un renforcement de la capacité de l'offre de soins qui permettrait d'améliorer l'observance des patients traités.

Matériel et méthode

Cette étude a été réalisée à partir des données de l'enquête transversale EVAL – Anrs 12 116, dont la méthodologie d'ensemble a été présentée dans le chapitre 3 (pour plus de détails, voir notamment l'annexe de ce chapitre). En particulier, les données collectées dans cette enquête comprennent, non seulement des informations relatives aux patients, mais aussi sur les principales caractéristiques des centres de traitement participant à l'enquête.

Variables

Mesure de l'observance au traitement antirétroviral

L'observance a été mesurée à partir d'un questionnaire administré auprès des patients en entretien en face-à-face par un enquêteur indépendant de l'équipe de soins et formé à cet effet. Les questions portaient sur la prise des comprimés prescrits au cours des quatre derniers jours et sur le respect des prescriptions et des horaires des prises au cours de ces quatre derniers jours, ainsi que des quatre dernières semaines. Par ailleurs, les patients ont été interrogés au sujet de la survenue éventuelle d'interruption volontaire de traitement de plus de deux jours au cours des quatre dernières semaines. La pertinence de ces questions et des algorithmes utilisés a été validée précédemment, tant dans le contexte de cohortes françaises [10], que d'enquêtes conduites dans d'autres pays d'Afrique francophone [29]. Pour les besoins de la présente analyse, trois groupes de patients ont été distingués en fonction de leur comportement d'observance : observance élevée (patients déclarant n'avoir manqué aucune prise

d'antirétroviraux les quatre derniers jours et avoir parfaitement respecté leurs prescriptions au cours des quatre dernières semaines) ; observance modérée (patients ayant pris moins de 99 % des comprimés prescrits au cours des quatre derniers jours ou/et ayant déclaré avoir modifié les prescriptions au cours des quatre dernières semaines) ; interruption de traitement (patients ayant interrompu leur traitement pendant au moins deux jours au cours des quatre dernières semaines).

Caractéristiques individuelles

Les variables individuelles, testées pour leur association avec les écarts à l'observance, d'une part, et les interruptions de traitement, d'autre part, décrivent les caractéristiques socio-démographiques, économiques et comportementales des patients interrogés : genre, âge, niveau d'étude, vie en couple, milieu de résidence, nombre d'enfants, activité professionnelle, revenu mensuel du ménage par équivalent adulte (incluant si le ménage vit ou non en dessous du seuil de pauvreté), difficultés financières pour le paiement du traitement, prise régulière de deux repas par jour, consommation d'alcool, dépenses mensuelles de santé, vécu de la maladie et soutien de l'entourage (incluant la révélation de la séropositivité au conjoint, l'aide à l'observance de la part des proches, le soutien moral du conjoint ou de la famille, la confrontation à des attitudes de rejet ou d'antipathie à l'annonce de la séropositivité, et l'appartenance à une association de personnes vivant avec le VIH/sida). D'autres variables prises en compte au niveau individuel concernent les aspects médicaux : statut clinique, hospitalisation au cours des six derniers mois, indice de masse corporelle, stade clinique (Centers for Disease Control – CDC), taux de CD4 à l'initiation du traitement antirétroviral et au moment de l'enquête, délai depuis le diagnostic du VIH et l'initiation du traitement, type de traitement reçu, changements de protocoles thérapeutiques depuis l'initiation du traitement, nombre d'effets secondaires perçus. Un certain nombre d'autres variables concernait l'expérience individuelle du patient dans l'accès aux soins et le rapport au système de santé : temps de transport jusqu'à l'hôpital, difficultés d'accès à une consultation avec un médecin, appréciation du degré d'écoute des soignants, temps d'attente avant la consultation, confiance dans l'équipe médicale et non médicale, accès à la consultation selon l'ordre d'arrivée à l'hôpital, consultation de suivi psycho-social, recours à la médecine traditionnelle.

Caractéristiques de l'offre de soins

Plusieurs variables ont été construites à partir des données collectées sur les caractéristiques des hôpitaux participant à l'enquête. Celles-ci incluent le niveau de décentralisation auquel appartient le centre de traitement (niveau central, correspondant aux centres de traitement agréés des villes-capitales de Yaoundé et Douala ; niveau provincial pour ceux situés dans les chefs-lieux de province ; niveau du district pour les unités de prise en charge), la taille du centre de traitement (moins de 80 lits, entre 80 et 220 lits, plus de 220 lits), le nombre de médecins pour 100 patients, ainsi que le profil des ressources humaines en charge du soutien psycho-social (proportion d'agents de relais communautaires, de paramédicaux et d'assistants sociaux dans l'équipe). Le niveau d'équipement technique des hôpitaux a été évalué, en relevant, dans chaque établissement, le nombre d'équipements de base fonctionnels au moment de l'enquête parmi la liste suivante (score de 0 à 8) : électrocardiographe, échographe, équipement

de radiologie, réfrigérateur dans le laboratoire, fourniture continue en électricité (24 h/24), microscope, appareil de mesure du taux de CD4 et appareil à hématologie. Par ailleurs, la survenue de ruptures de stocks d'antirétroviraux au cours des trois derniers mois dans la pharmacie de l'hôpital a été prise en compte, ainsi que les modalités de dispensation des antirétroviraux (présence ou non d'un guichet spécifique distinct du lieu de dispensation des autres médicaments essentiels de l'hôpital) et la pratique de délégation des consultations des médecins vers les autres personnels soignants (pas de délégation, délégation formalisée d'une partie des consultations, délégation « informelle » selon la charge de travail et les contraintes du service).

Analyse statistique/Modèle théorique

Le profil des ressources humaines en charge du soutien psycho-social a été construit à partir d'une classification ascendante hiérarchique utilisant la distance de Ward. Afin de déterminer le nombre optimal de classes, nous avons préalablement utilisé les critères CCC (Cubic Clustering Criterion) et SPRSQ (Semi-Partial R-Square). La robustesse de ces analyses a été validée par une analyse bootstrap [24].

Les facteurs significativement associés à chacune des variables de réponse (écarts à l'observance et interruptions de traitement) ont été identifiés à partir de modèles de régression logistique multiniveaux (modèles à effets mixtes). Les données présentent en effet une structure hiérarchique à deux niveaux (patients regroupés à l'intérieur des centres de traitement), nécessitant de prendre en compte la corrélation entre les individus suivis dans un même hôpital. La pertinence du recours à ces modèles est confirmée par l'estimation du pourcentage de la variance de chacune des variables réponse qui est expliqué par les caractéristiques de l'offre de soins (18,9 % pour la variable « écart à l'observance » et 20,6 % pour la variable « interruptions de traitement »).

Considérant le patient i suivi dans l'hôpital j , le modèle peut s'écrire de la façon suivante :

$$Y_{ij}^* = \beta_{0j} + \beta_{1j}X_{ij}^1 + \dots + \beta_{pj}X_{ij}^p + e_{ij} \text{ avec } y_{ij}^* = \text{logit}(\text{Pr}(y_{ij} = 1)); e_{ij} \sim \text{iid } N(0, s^2)$$

et $\beta_{kj} = \gamma_{k0} + \gamma_{k1}W_j^1 + \dots + \gamma_{kq}W_j^q + u_{kj}$ où k varie de 0 à p^1 ;

$X_{ij}^1, \dots, X_{ij}^p$ est un ensemble de p variables associées au patient i (caractéristiques individuelles) suivi dans l'hôpital j et W_j^1, \dots, W_j^q est un ensemble de q variables associées à l'hôpital j (caractéristiques structurelles).

Dans un premier temps, des analyses univariées ont été réalisées, afin de sélectionner les variables éligibles (p -valeur $\leq 0,25$) pour les modèles multivariés. Deux modèles logistiques multivariés ont ensuite été réalisés : le premier comparant les patients « hautement » observants à ceux déclarant des écarts à l'observance, et le second comparant le premier groupe aux patients déclarant des interruptions de traitement. Une procédure de sélection ascendante pas-à-pas a été utilisée pour déterminer les deux modèles multivariés finaux. La présence d'effets aléatoires a été testée pour chacune des variables, ainsi que les interactions entre variables individuelles et variables de l'offre de soins. Chacun de ces modèles a été, par ailleurs, ajusté sur la durée depuis l'initiation

¹ Les résidus u_{kj} (k variant de 0 à p) suivent une loi normale centrée de matrice de variance-covariance classique.

du traitement et le genre pour les variables individuelles, et sur le profil des ressources humaines en charge du soutien psycho-social pour les variables structurelles. Les modèles ont été estimés à partir de la méthode de la quasi-vraisemblance prédictive implémentée dans le logiciel HLM6.

Résultats

Au total, 2 466 patients recevaient un traitement antirétroviral au moment de l'enquête, dont 85 étaient suivis habituellement dans un autre hôpital pour leur infection à VIH. Afin de pouvoir évaluer correctement l'impact des caractéristiques des centres de soins sur l'observance et sur les interruptions de traitement, ces derniers ont logiquement été exclus des analyses. Les analyses présentées portent donc sur 2 381 patients (population d'étude), dont 1 283 (53,9 %) se sont montrés hautement observants à leur traitement au cours des quatre dernières semaines, 834 (35,0 %) ont fait des écarts à l'observance, et 264 (11,1 %) ont interrompu leur traitement pendant plus de deux jours au cours de cette période. Les caractéristiques de la population d'étude sont décrites dans le *tableau 1*.

Caractéristiques des patients déclarant des écarts à l'observance au cours des quatre dernières semaines

Par rapport aux patients « hautement observants », les patients déclarant des écarts à l'observance au cours des quatre dernières semaines sont significativement plus nombreux à avoir un niveau d'étude plus élevé et à avoir un partenaire hors mariage sans cohabiter avec ce dernier (*tableau 1*). Ils présentent également une plus grande vulnérabilité matérielle et psycho-sociale : ils déclarent plus fréquemment avoir rencontré des difficultés financières pour acheter leur traitement, consommer des quantités importantes d'alcool², et ne pas bénéficier d'un fort soutien moral de la part de leur partenaire ou de leur famille. Par ailleurs, ces patients tendent à rencontrer plus de difficultés dans le vécu et la gestion de leur traitement au quotidien, ainsi que dans leurs relations avec l'offre de soins. D'une part, ils présentent un risque plus important d'avoir changé de protocoles thérapeutiques depuis l'initiation de leur traitement, de déclarer un nombre élevé d'effets secondaires perçus et de ne pas prendre régulièrement deux repas par jour. D'autre part, ils déclarent plus fréquemment n'avoir pas bénéficié, depuis l'initiation de leur traitement, de consultations de suivi psycho-social et d'aide à l'observance au sein de l'hôpital, avoir des difficultés à accéder à la consultation d'un médecin, être peu satisfaits de l'attention accordée par les soignants à leurs problèmes et avoir recouru à la médecine traditionnelle. Enfin, ces patients sont plus souvent suivis dans les centres de traitement agréés de Yaoundé et de Douala, ainsi que dans les grands hôpitaux (plus de 220 lits) et dans les hôpitaux dont le niveau d'équipement est le plus élevé.

Caractéristiques des patients déclarant des interruptions de traitement de plus de deux jours au cours des quatre dernières semaines

Les patients déclarant des interruptions de traitement de plus de deux jours au cours des quatre dernières semaines ont un statut socio-économique plus faible (revenu du ménage et niveau d'étude moins élevés, difficultés dans l'achat du

² Avoir consommé au moins une fois au cours du dernier mois plus de trois grandes bouteilles de bière et/ou plus de six verres d'autres boissons alcoolisées en une même occasion.

Tableau 1
Comparaison des patients traités par antirétroviraux (ARV), déclarant des écarts à l'observance ou des interruptions de traitement au cours des quatre dernières semaines avec des patients traités par ARV déclarant une observance haute, au cours des quatre dernières semaines (EVAL – Anrs 12 116, n = 2381)

	Tous les patients traités n = 2381	Observance haute n = 1283 (a)	Écarts à l'observance (sans interruption de traitement) n = 834 (b)	Interruption de traitement ≥ 2 jours n = 264 (c)	p (b) vs (c) vs (a)
	n (%) ou moyenne (ET) ou médiane [IIQ]				
Facteurs individuels					
Genre masculin	694 (29,1)	387 (30,2)	221 (26,5)	86 (32,6)	NS NS
Âge – en années	38,2 (9,2)	38,3 (9,4)	37,9 (8,8)	38,9 (9,7)	NS NS
Niveau d'étude supérieur au primaire	1 324 (55,6)	685 (53,4)	520 (62,3)	119 (45,1)	***
Vie en couple et révélation du statut VIH					
– célibataire	1 269 (53,3)	708 (55,2)	419 (50,2)	142 (53,8)	
– partenaire stable sans cohabitation	223 (9,4)	99 (7,7)	108 (12,9)	16 (6,1)	** NS
– vie commune avec révélation du statut sérologique au conjoint	780 (32,8)	416 (32,4)	272 (32,6)	92 (34,8)	
– vie commune sans révélation du statut sérologique au conjoint	109 (4,6)	60 (4,7)	35 (4,2)	14 (5,3)	
Milieu de résidence rural	512 (21,5)	286 (22,3)	166 (19,9)	60 (22,7)	NS NS
Nombre d'enfants biologiques †	2 [1-4]	2 [1-4]	2 [1-4]	2 [1-4]	NS NS
Actif	1 685 (70,8)	919 (71,6)	566 (67,9)	200 (75,8)	NS NS
Revenu mensuel du ménage par équivalent adulte × 10 ³ FCFA ¹	10 [5-20]	10 [5-20]	11 [6-24]	8 [4-14]	NS ***
Ménage vivant en dessous du seuil de pauvreté	1 775 (74,6)	978 (76,2)	582 (69,8)	215 (81,4)	NS **
Difficultés financières pour le paiement des ARV ²	391 (16,4)	108 (8,4)	142 (17,0)	141 (53,4)	***

Tableau 1 (suite)
Comparaison des patients traités par antirétroviraux (ARV), déclarant des écarts à l'observance ou des interruptions de traitement au cours des quatre dernières semaines avec des patients traités par ARV déclarant une observance haute, au cours des quatre dernières semaines (EVAL – Anrs 12 116, n = 2381)

	Tous les patients traités n = 2381	Observance haute n = 1283 (a)	Écarts à l'observance (sans interruption de traitement) n = 834 (b)	Interruption de traitement ≥ 2 jours n = 264 (c)	p (b) vs (c) vs (a)
	n (%) ou moyenne (ET) ou médiane [IIQ]				
Dépenses totales de santé par mois × 10 ³ FCFA ¹ †	7 [3,8-11,0]	6,6 [3,6-10,2]	7,5 [4,0-12,2]	7 [3,6-10,4]	NS NS
Consommation excessive d'alcool ³	200 (8,4)	67 (5,2)	92 (11,0)	41 (15,5)	*** ***
Prise d'au moins deux repas par jour	1 949 (81,9)	1 094 (85,3)	641 (76,9)	214 (81,1)	*** *
Aide à l'observance de la part de l'entourage ⁴	766 (32,2)	414 (32,3)	282 (33,8)	70 (26,5)	NS *
Fort soutien moral du conjoint ou de la famille	2 257 (94,8)	1 235 (96,3)	775 (92,9)	247 (93,6)	*** *
Appartenance à une association de PVVS	386 (16,2)	210 (16,4)	135 (16,2)	41 (15,5)	NS NS
Confrontation à des attitudes de rejet, d'éloignement ou d'antipathie à l'annonce de la séropositivité	305 (12,8)	145 (11,3)	119 (14,3)	41 (15,5)	*** NS
Bonne ou très bonne écoute des soignants	1 642 (69,0)	935 (72,9)	528 (63,3)	179 (67,8)	*** ***
Temps d'attente avant la consultation ≥ 1 heure	647 (27,17)	334 (26,03)	267 (32,01)	46 (17,42)	NS **
Forte confiance dans l'équipe médicale	2 238 (93,99)	1 203 (93,76)	786 (94,24)	249 (94,32)	NS NS
Forte confiance dans l'équipe non médicale	2 326 (97,69)	1 249 (97,35)	815 (97,72)	262 (99,24)	NS NS
Recours à la médecine traditionnelle ²	219 (9,2)	89 (6,9)	93 (11,1)	37 (14,0)	** ***
Consultation selon l'ordre d'arrivée	2 178 (91,47)	1 167 (90,96)	766 (91,85)	245 (92,80)	NS NS

Tableau 1 (suite)
Comparaison des patients traités par antirétroviraux (ARV), déclarant des écarts à l'observance ou des interruptions de traitement au cours des quatre dernières semaines avec des patients traités par ARV déclarant une observance haute, au cours des quatre dernières semaines (EVAL – Anrs 12 116, n = 2381)

	Tous les patients traités n = 2381	Observance haute n = 1283 (a)	Écarts à l'observance (sans interruption de traitement) n = 834 (b)	Interruption de traitement ≥ 2 jours n = 264 (c)	p (b) vs (c) vs (a)
	n (%) ou moyenne (ET) ou médiane [IIQ]				
Temps de transport jusqu'à l'hôpital ≥ 30 minutes	1 500 (63,0)	782 (60,9)	548 (65,7)	170 (64,4)	NS NS
Difficultés d'accès à une consultation avec un médecin	505 (21,2)	246 (19,2)	195 (23,4)	64 (24,2)	** *
Bénéfice de consultations de suivi psycho-social	1 741 (73,1)	908 (70,8)	634 (76,0)	199 (75,4)	** NS
Hospitalisation au cours des six derniers mois	276 (11,6)	139 (10,8)	109 (13,1)	28 (10,6)	** NS
Nombre d'effets secondaires perçus au cours des quatre dernières semaines	6 [3-9]	5 [3-9]	6 [3-9]	6 [4-9]	*** **
Indice de masse corporelle					
– normal (entre 18,5 et 25)	1 580 (66,4)	849 (66,2)	548 (65,7)	183 (69,3)	NS NS
– maigre (inférieur à 18,5)	92 (3,9)	53 (4,1)	26 (3,1)	13 (4,9)	
– surpoids/obèse (supérieur à 25)	709 (29,7)	381 (29,7)	260 (31,2)	68 (25,8)	
Taux de CD4 à l'initiation du traitement > 200/mm ³ †	448 (18,8)	229 (17,8)	160 (19,2)	59 (22,3)	NS NS
Taux de CD4 au moment de l'enquête > 200/mm ³ †	1 866 (78,4)	1 016 (79,2)	666 (79,9)	184 (69,7)	NS **
Antécédents d'événements classant sida	908 (38,1)	469 (36,5)	326 (39,1)	113 (42,8)	NS NS
Délai depuis le diagnostic VIH – en mois †	29,4 [12,0-40,9]	28,9 [11,6-39,9]	30,1 [12,5-42,0]	29,8 [12,2-41,6]	NS NS
Délai depuis l'initiation du traitement – en mois †	15 [7-28]	15 [7-28]	15 [7-27]	18 [9-32]	NS *

Tableau 1 (suite)
Comparaison des patients traités par antirétroviraux (ARV), déclarant des écarts à l'observance ou des interruptions de traitement au cours des quatre dernières semaines avec des patients traités par ARV déclarant une observance haute, au cours des quatre dernières semaines (EVAL – Anrs 12 116, n = 2381)

	Tous les patients traités n = 2381	Observance haute n = 1283 (a)	Écarts à l'observance (sans interruption de traitement) n = 834 (b)	Interruption de traitement ≥ 2 jours n = 264 (c)	p (b) vs (c) vs (a)
	n (%) ou moyenne (ET) ou médiane [IIQ]				
Traitement par Triomune®	1 694 (71,1)	949 (74,0)	561 (67,3)	184 (69,7)	NS NS
Pas de changement de protocole thérapeutique depuis l'initiation du traitement	1 941 (81,5)	1 067 (83,2)	655 (78,5)	219 (82,9)	** NS
Facteurs liés à l'offre de soins					
Rupture de stock en ARV dans la pharmacie de l'hôpital ⁵	438 (18,4)	223 (17,4)	147 (17,6)	68 (25,8)	NS *
Nombre de médecins pour 100 patients	0,4 [0,1-0,7]	0,4 [0,1-0,7]	0,3 [0,1-0,7]	0,4 [0,1-0,7]	* NS
Niveau de décentralisation de la structure					
– central (Yaoundé/Douala)	836 (35,1)	368 (28,7)	389 (46,6)	79 (29,9)	
– provincial	817 (34,3)	468 (36,5)	251 (30,1)	98 (37,1)	*** NS
– de district	728 (30,6)	447 (34,8)	194 (23,3)	87 (32,9)	
Délégation des consultations des médecins au personnel paramédical					
– non (réf)	510 (21,4)	242 (18,9)	227 (27,2)	41 (15,5)	
– délégation formalisée	939 (39,4)	518 (40,4)	312 (34,4)	109 (41,3)	*
– délégation informelle	932 (39,1)	523 (40,8)	295 (35,4)	114 (43,2)	
Profil des ressources humaines en charge du soutien psycho-social ⁶					
– ARC et AS (soutien spécialisé)	1 476 (62,0)	825 (64,3)	503 (60,3)	148 (56,1)	
– ARC, AS et paramédicaux (soutien mixte)	370 (15,5)	177 (13,8)	141 (16,9)	52 (19,7)	NS NS
– paramédicaux	535 (22,5)	281 (21,9)	190 (22,8)	64 (24,2)	

Tableau 1 (fin)
Comparaison des patients traités par antirétroviraux (ARV), déclarant des écarts à l'observance ou des interruptions de traitement au cours des quatre dernières semaines (EVAL – Anrs 12 116, n = 2381)

	Tous les patients traités n = 2381	Observance haute n = 1283 (a)	Écarts à l'observance (sans interruption de traitement) n = 834 (b)	Interruption de traitement ≥ 2 jours n = 264 (c)	P (b) vs (c) vs (a)
	n (%) ou moyenne (ET) ou médiane [IIQ]				
Niveau d'équipement technique (score sur 8)⁷					
– faible (score ≤ 5) (réf)	288 (12,1)	194 (15,1)	65 (7,8)	29 (11,0)	**
– moyen (score compris entre 6 et 7)	803 (33,7)	479 (37,3)	265 (31,8)	59 (22,3)	NS
– bon (score = 8)	1 290 (54,2)	610 (47,5)	504 (60,4)	176 (66,7)	
Taille de l'hôpital					
– ≤ 80 lits) (réf)	290 (12,2)	202 (15,7)	76 (9,1)	12 (4,5)	***
– entre 80 et 220 lits	1 129 (47,4)	633 (49,3)	351 (42,1)	145 (54,9)	**
– plus de 220 lits	962 (40,4)	448 (34,9)	407 (48,8)	107 (40,5)	
Modalités de dispensation des ARV					
– guichet privé	1 895 (79,6)	1 027 (80,0)	670 (80,3)	198 (75,0)	NS
– guichet public	486 (20,4)	256 (19,9)	164 (19,7)	66 (25,0)	NS

PVVS : personnes vivant avec le VIH/sida ; ARC : agents de relais communautaires ; AS : assistants sociaux.

NS : non significatif au seuil de 10 % ; ET : écart-type ; IIQ : intervalle interquartile.

† Données manquantes recodées à la médiane.

* Significatif au seuil de 10 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; *** significatif au seuil de 1 %.

1 1 euro = 655,957 FCFA

2 Au cours des trois derniers mois.

3 A consommé au moins une fois au cours du dernier mois plus de trois grandes bouteilles de bière et/ou plus de six verres d'autres boissons alcoolisées en une même occasion.

4 Une personne de l'entourage du patient lui fait penser à prendre les antirétroviraux (au cours du dernier mois).

5 Variable binaire valant 1, si plus de 15 % des patients dans l'hôpital ont fait face à des ruptures en antirétroviraux au cours des trois derniers mois, 0 sinon.

6 Variable construite par classification ascendante hiérarchique, à partir des proportions des différentes catégories de personnel (agents de relais communautaires, paramédicaux et assistants sociaux) impliqués dans les activités de soutien psycho-social.

7 Le niveau d'équipement technique de l'hôpital est évalué par la disponibilité dans la structure des huit équipements fonctionnels suivants (un point est accordé pour chacun des équipements fonctionnels) : électrocardiographe, échographe, équipement de radiologie, réfrigérateur dans le laboratoire, fourniture en électricité 24 h/24, microscope, appareil de mesure du taux de CD4 et appareil à hématologie.

traitement plus fréquentes) et un risque plus élevé de consommer régulièrement de l'alcool en grande quantité que les patients « hautement observants » sur la même période (*tableau 1*). De même que les patients déclarant des écarts à l'observance, ils tendent à avoir davantage de difficultés dans le vécu de leur traitement (nombre élevé d'effets secondaires perçus) et dans leurs relations avec l'offre de soins (mauvaise appréciation de l'écoute accordée par les soignants à leurs problèmes et recours à la médecine traditionnelle plus fréquent). Enfin, ces patients sont plus souvent suivis dans les grands et moyens hôpitaux.

Les modèles multivariés confirment ces tendances (*tableau 2*). Après ajustement sur le genre et le délai depuis l'initiation du traitement, la plupart des facteurs individuels expliquant les écarts à l'observance concernent la fragilité psychosociale et les difficultés dans la gestion du traitement : avoir un partenaire principal hors mariage et sans vie commune, ne pas bénéficier d'un fort soutien moral du partenaire principal ou de la famille, avoir une consommation excessive d'alcool, ne pas prendre régulièrement deux repas par jour et avoir changé de combinaison thérapeutique depuis la mise sous traitement sont indépendamment associés à un risque plus élevé d'écarts à l'observance.

Par ailleurs, après ajustement sur les caractéristiques individuelles des patients, un certain nombre de caractéristiques liées à l'offre de soins a été identifié comme indépendamment associé aux écarts à l'observance. Ainsi, un nombre plus élevé de médecins pour 100 patients est associé à une réduction du risque d'écarts à l'observance, jusqu'à un certain seuil, au-delà duquel la tendance s'inverse. Un risque plus élevé d'écarts à l'observance est par ailleurs constaté lorsque les activités de soutien psycho-social sont assurées par une équipe composée quasi-exclusivement ou comportant une proportion significative de professionnels de santé par rapport à une équipe spécifiquement dédiée au soutien à l'observance et fondée sur des agents de relais communautaires (community health workers dans la littérature anglo-saxonne). Enfin, les patients suivis dans les centres ayant mis en place une délégation formalisée des consultations des médecins vers le personnel paramédical, ainsi que les patients suivis dans les hôpitaux de petite taille (< 80 lits), ont un risque plus faible d'écarts à l'observance.

À l'exception d'un facteur commun, la consommation excessive d'alcool, les déterminants individuels des interruptions de traitement sont différents de ceux des écarts à l'observance et concernent essentiellement les contraintes économiques (faible revenu du ménage, difficultés financières dans l'achat des médicaments), ainsi que l'absence d'aide à l'observance au sein de la famille (rappel de la prise des médicaments par un membre de la famille). De la même façon, à l'exception de la taille de l'hôpital, les déterminants liés au système de santé diffèrent, l'existence de ruptures de stocks en antirétroviraux dans la pharmacie de l'hôpital étant la seule caractéristique de l'offre de soins identifiée comme ayant un impact significatif sur les interruptions de traitement.

Aucune interaction entre variables individuelles et variables structurelles n'était par ailleurs significative.

Discussion

Si les facteurs associés à l'observance et aux interruptions de traitement ont déjà été largement étudiés dans les pays du Nord et du Sud [25, 28, 34, 39], cette étude est la première à distinguer le rôle des facteurs individuels de celui

Tableau 2
Facteurs associés aux écarts à l'observance et aux interruptions de traitement de plus de deux jours chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA traitées par antirétroviraux (ARV) au Cameroun (modèles multivariés par régression logistique à effets mixtes) (EVAL – Anrs 12 116, n = 2381)

	Écarts à l'observance (n = 834)		Interruptions de traitement ≥ 2 jours (n = 264)	
	OR (95 % IC)	P	OR (95 % IC)	P
Facteurs individuels				
Constante	1,81 (0,50 ; 6,54)	0,348	0,23 (0,05 ; 1,13)	0,069
Genre masculin*	0,81 (0,64 ; 1,03)	0,080	0,93 (0,68 ; 1,26)	0,630
Vie en couple et révélation du statut VIH				
– Célibataire	0,60 (0,43 ; 0,84)	0,003		
– Partenaire stable sans vie commune (réf)	1	0,003		
– Vie commune avec révélation du statut sérologique au conjoint	0,63 (0,47 ; 0,86)	0,067		
– Vie commune sans révélation du statut sérologique au conjoint	0,65 (0,41 ; 1,03)			
Revenu mensuel du ménage par équivalent adulte – <i>en log</i>			0,54 (0,39 ; 0,74)	0,000
Difficultés financières pour le paiement du traitement ARV ¹			11,57 (7,31 ; 18,31)	0,000
Consommation excessive d'alcool ²	2,26 (1,52 ; 3,38)	0,000	4,26 (2,70 ; 6,74)	0,000
Prendre au moins deux repas par jour	0,55 (0,41 ; 0,73)	0,000		
Fort soutien moral du partenaire ou de la famille	0,54 (0,36 ; 0,80)	0,003		
Aide à l'observance de la part de l'entourage ³			0,70 (0,51 ; 0,97)	0,032
Bénéfice de consultations de suivi-psycho-social	1,19 (0,80 ; 1,77)	0,362		
Délai depuis l'initiation du traitement*	0,99 (0,99 ; 1,00)	0,254	1,01 (0,99 ; 1,01)	0,147
Pas de changement de protocoles thérapeutiques depuis l'initiation du traitement	0,71 (0,57 ; 0,90)	0,004		
Facteurs liés à l'offre de soins				
Rupture de stock en ARV dans la pharmacie de l'hôpital ⁴			1,99 (1,02 ; 3,88)	0,043
Nombre de médecins pour 100 patients	0,28 (0,11 ; 0,71)	0,011		
Nombre de médecins pour 100 patients au carré ⁵	1,37 (1,04 ; 1,80)	0,029		

Tableau 2 (fin)
Facteurs associés aux écarts à l'observance et aux interruptions de traitement de plus de deux jours chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA traitées par antirétroviraux (ARV) au Cameroun (modèles multivariés par régression logistique à effets mixtes) (EVAL – Anrs 12 116, n = 2381)

	Écarts à l'observance (n = 834)		Interruptions de traitement ≥ 2 jours (n = 264)	
	OR (95 % IC)	p	OR (95 % IC)	p
Délégation des consultations des médecins vers le personnel paramédical				
– non (réf)	1	0,014		
– délégation alternée et encadrée	0,41 (0,21 ; 0,81)	0,136		
– délégation informelle ou quasi complète	0,57 (0,27 ; 1,21)			
Profil des ressources humaines en charge du soutien psycho-social ^{6*}				
– ARC et AS (soutien spécialisé) (réf)	1	0,005	0,95 (0,49 ; 1,84)	0,864
– ARC, AS et paramédicaux (soutien mixte)	2,80 (1,45 ; 5,42)	0,002	1,56 (0,52 ; 4,71)	0,410
– paramédicaux	4,51 (1,90 ; 10,67)			
Taille de l'hôpital				
– ≤ 80 lits (réf)	1	0,048	3,94 (2,00 ; 7,78)	0,000
– entre 80 et 220 lits	2,58 (1,01 ; 6,59)	0,016	5,71 (2,58 ; 12,67)	0,000
– plus de 220 lits	3,70 (1,32 ; 10,37)			
Coefficients aléatoires	Variance	p	Variance	p
Constante	0,599	0,000	0,364	0,000
Participation à des entretiens individuels pour parler du traitement ⁷	0,547	0,000		

ARV : antirétroviraux ; IC : intervalle de confiance ; OR : odds ratio ; PVVS : personnes vivant avec le VIH/sida ; ARC : agents de relais communautaires ; AS : assistants sociaux.

* Les deux modèles sont ajustés sur la durée depuis l'initiation du traitement et le genre pour les variables individuelles, le profil de l'équipe chargée du soutien psycho-social pour les variables structurelles.

¹ Au cours des trois derniers mois.

² A consommé au moins une fois au cours du dernier mois plus de trois grandes bouteilles de bière et/ou plus de six verres d'autres boissons alcoolisées en une même occasion (au cours du dernier mois).

³ Une personne de l'entourage du patient lui fait penser à prendre les antirétroviraux.

⁴ Variable binaire valant 1 si plus de 15 % des patients dans l'hôpital ont fait face à des ruptures en ARV au cours des trois derniers mois, 0 sinon.

⁵ La variable nombre de médecins pour 100 patients au carré est introduite pour tenir compte de la forme quadratique de la relation avec les écarts à l'observance. Le nombre minimum de médecins pour 100 patients est 2,04 (voir graphe de la figure 1).

⁶ Variable construite par classification ascendante hiérarchique, à partir des proportions des différentes catégories de personnel (agents de relais communautaires, paramédicaux et assistants sociaux) impliqués dans les activités de soutien psycho-social.

⁷ Variable aléatoire permettant de prendre en compte la variabilité des pentes autour de l'impact moyen de la variable sur les écarts à l'observance (ou, autrement dit, le fait que l'impact de l'accès à des consultations de suivi psycho-social par le patient soit différent d'un centre de traitement à l'autre).

des « facteurs structurels » liés à l'offre de soins, sur chacun de ces deux phénomènes. Dans le contexte de pays d'Afrique sub-saharienne où la faiblesse des systèmes de santé et, notamment, la pénurie en ressources humaines qualifiées constitue l'un des principaux obstacles à l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux [23, 36, 40], cette étude permet de mettre en évidence les faiblesses du système de santé limitant l'efficacité de la prise en charge, ainsi que les modalités de l'offre de soins permettant, au contraire, d'obtenir de meilleurs résultats.

Impact des facteurs structurels sur les écarts à l'observance et les interruptions de traitement

Les modèles multivariés montrent que le risque d'écarts à l'observance diminue avec le nombre de médecins jusqu'à un certain seuil, puis augmente. Ce résultat suggère qu'il existe un nombre optimal de médecins au-delà duquel une augmentation des effectifs apparaît inefficace, sinon « contre-productive ». L'estimation du modèle permet d'évaluer à deux le nombre optimal de médecins pour 100 patients (*figure 1*). Si ce nombre peut sembler relativement élevé dans un contexte de relative rareté des ressources humaines³, il est important de noter ici deux spécificités importantes du contexte camerounais qui permettent de le relativiser. D'une part, les médecins, dans une très large majorité, notamment dans les hôpitaux situés en dehors des villes de Douala et de Yaoundé, ne consacrent pas leurs activités uniquement aux consultations des personnes vivant avec le VIH/sida, une part variable de celles-ci demeurant allouée à la consultation de patients présentant d'autres pathologies. D'autre part, le modèle de soins camerounais est essentiellement basé sur les médecins, la délégation des tâches (ou *task shifting* dans la littérature anglo-saxonne) recommandée par l'OMS n'ayant pas encore été adoptée officiellement comme stratégie nationale, même si elle est désormais préconisée au plan le plus décentralisé des districts. Des expériences de délégation « formalisée » des consultations de suivi médical, où en moyenne une consultation sur deux était confiée à un personnel paramédical, ont cependant été entreprises dans certains hôpitaux, tandis que, dans d'autres, une délégation des consultations pouvant être qualifiée « d'informelle » était pratiquée, les médecins confiant les consultations du suivi au personnel paramédical, en fonction de la charge de travail et des contraintes du service (en cas d'absence ou d'indisponibilité, selon la gravité des cas, etc.).

L'impact de ces deux modèles de délégation des consultations sur les comportements d'observance aux antirétroviraux a pu être testé dans la présente étude. Les résultats montrent qu'une délégation des consultations « formalisée » est associée à une réduction du risque d'écarts à l'observance par rapport à l'absence de délégation, alors qu'une délégation « informelle » n'a pas d'impact significatif sur l'observance. Les études qualitatives réalisées dans le cadre du projet Stratall – Anrs 12 110 montrent, par ailleurs, que les patients développent des relations différentes avec le personnel paramédical (plus accessible) qu'avec les médecins (respectés mais souvent craints de par leur statut). Se sentant plus proches des premiers, les personnes vivant avec le VIH/sida sont plus à même

³ En 2007, le nombre de médecins et d'infirmiers pour 10 000 habitants était respectivement de 2 et 16, contre 20 à 25 médecins et 90 à 120 infirmiers pour 10 000 habitants dans les pays occidentaux [44].

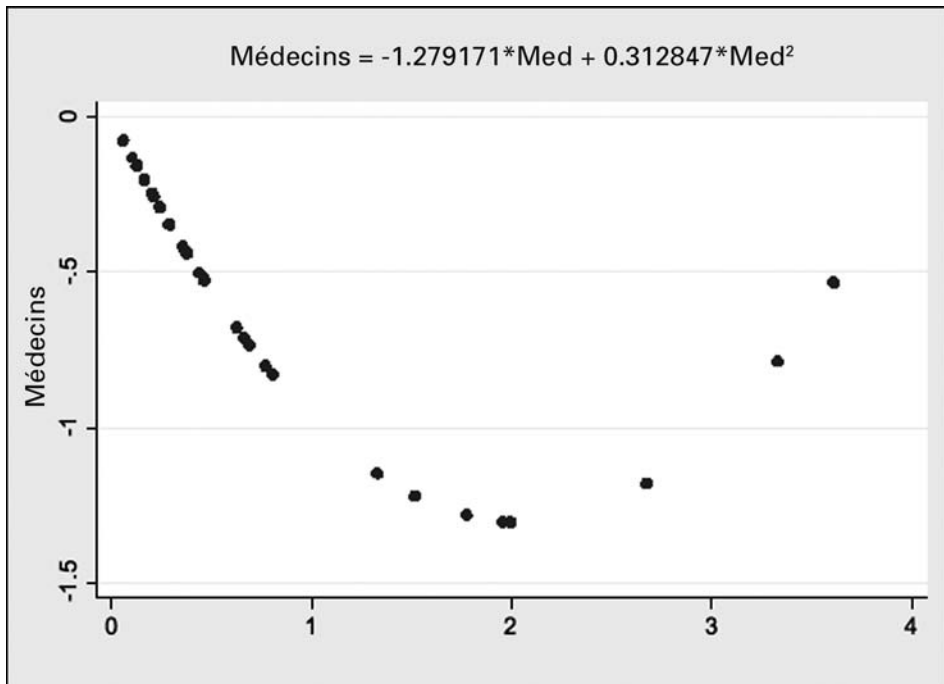


Figure 1
Distribution quadratique du nombre de patients pour 100 médecins

de leur confier les difficultés qu'elles rencontrent dans le vécu de leur maladie. Les données de la littérature faisant état d'expériences de délégation des tâches dans d'autres pays africains ont également mis en évidence que la participation des infirmiers et des agents de relais communautaires dans le suivi des patients améliore significativement leur prise en charge [14, 35, 37, 46].

Un troisième facteur clé identifié est la composition des ressources humaines en charge du soutien psycho-social : le profil de l'équipe dont les compétences sont les plus spécialisées (forte représentation des agents de relais communautaires et, dans une moindre mesure, des assistants sociaux) est celui dont l'impact sur la réduction du risque d'écart à l'observance est le plus important. En revanche, le profil des ressources humaines en charge du soutien psycho-social dans l'équipe n'a pas d'impact significatif sur les interruptions de traitement, peut-être parce que celles-ci découlent de facteurs de vulnérabilité économique lourds ou de dysfonctionnements majeurs de l'offre de soins (rupture de stock de médicaments) qu'aucune intervention psycho-sociale ne peut suffire à compenser.

Enfin, la dernière caractéristique de l'offre de soins ayant un impact significatif sur les comportements d'observance, à la fois en termes d'écart et d'interruptions de traitement, est la taille de l'établissement de suivi. Les patients suivis dans les grands hôpitaux (> 220 lits) et, dans une moindre mesure, dans les hôpitaux de taille moyenne (entre 80 et 220 lits) ont un risque plus important d'écart à l'observance que les patients suivis dans les petites structures. Ainsi que l'a suggéré Cootzee [13], cela peut s'expliquer par le fait que, dans les petits établissements, les soins sont plus facilement accessibles : les patients y

viennent à moindre coût, peuvent y prendre plus facilement leurs repères, s'y sentir plus à l'aise et avoir moins de difficultés à accéder aux personnels de santé ; les services, moins spécialisés, sont également moins coûteux.

De façon attendue, les analyses montrent que la survenue de ruptures en traitements antirétroviraux à la pharmacie de l'hôpital est associée à un risque plus élevé d'interruptions de traitement, comme suggéré dans plusieurs autres études [25, 41].

Des facteurs individuels associés aux écarts à l'observance et aux interruptions qui diffèrent

De même que pour les facteurs liés au système de santé, nos résultats tendent à montrer que les facteurs individuels expliquant les interruptions de traitement et les écarts à l'observance diffèrent. À l'exception de la consommation d'alcool, dont l'impact néfaste sur l'observance a largement été démontré [12, 19] et dont l'impact sur les interruptions de traitement est également mis en évidence dans cette étude, aucun autre facteur individuel parmi ceux identifiés n'est commun.

Les facteurs individuels associés aux écarts à l'observance mettent en évidence l'importance de l'environnement social et de la vulnérabilité psycho-sociale des patients : le risque d'écarts à l'observance est plus important chez ceux qui ont un(e) partenaire mais ne cohabitent pas avec lui (ou elle), comparé à ceux qui cohabitent avec leur partenaire et leur ont révélé leur statut, ainsi que chez les patients qui rapportent ne pas bénéficier d'un fort soutien moral de leur famille ou de leur conjoint. L'impact des contraintes alimentaires, déjà identifié comme un obstacle important à l'observance [1, 25], est confirmé par notre étude, qui montre que les patients qui ne sont pas en mesure de faire régulièrement deux repas par jour présentent une moindre observance.

Par ailleurs, l'identification en analyse multivariée des variables relatives aux changements de protocoles thérapeutiques après l'initiation du traitement, souvent en lien avec l'apparition d'effets secondaires⁴, souligne l'effet néfaste de difficultés rencontrées dans la gestion du traitement au quotidien, qui relèvent sans doute, en partie, d'interactions entre le vécu du patient et les pratiques des équipes de soins.

Les facteurs individuels associés aux interruptions de traitement soulignent plutôt, quant à eux, l'effet catastrophique des contraintes financières sur l'approvisionnement régulier du patient en antirétroviraux : le faible revenu du ménage, mais surtout le fait de rapporter des difficultés financières dans l'achat du traitement sont associés à une augmentation considérable du risque d'interruption de traitement⁵. Bien que les prix des antirétroviraux aient considérablement baissé à partir de 2002 au Cameroun, au moment de l'enquête, un traitement mensuel

⁴ Bien que le nombre d'effets secondaires perçus soit significativement associé à un risque plus élevé en analyse univariée (de même que le nombre de changements métaboliques perçus), cet effet n'était plus significatif en analyse multivariée.

⁵ Bien que le revenu du ménage soit un déterminant des difficultés financières, d'autres facteurs explicatifs de cette variable ont été mis en évidence [5], dont notamment le fait d'être le fils ou la fille du chef de ménage. Cela expliquerait qu'à la fois les difficultés financières et le revenu du ménage soient associés aux interruptions dans le modèle multivarié : un jeune adulte vivant sous le toit de ses parents et n'étant pas autonome financièrement peut faire face à des difficultés pour se procurer son traitement, indépendamment du niveau de revenu de ses parents, s'il ne leur a pas révélé sa maladie (cf. Chapitre 13).

coûtait entre 3 000 FCFA pour le moins coûteux d'entre eux (la Triomune®) et 7 000 FCFA pour les autres protocoles. Plusieurs études ont également mis en évidence l'effet négatif du paiement des traitements antirétroviraux par les patients, non seulement sur l'observance et les interruptions, mais aussi sur la restauration du système immunitaire et la mortalité [5-8, 25, 27, 34, 45]. À l'avenir, il sera important de mesurer si, comme on peut l'espérer, l'introduction de la gratuité complète des antirétroviraux en mai 2007 a permis de réduire significativement ces interruptions partielles de traitement qui peuvent s'avérer particulièrement nuisibles pour l'efficacité clinique et virologique [21, 32].

Limites de l'étude

Certaines limites de l'étude doivent être soulignées. D'une part, l'observance et les interruptions de traitement, mesurées à partir des déclarations des patients en questionnaire en face-à-face, sont susceptibles de souffrir d'un biais de désirabilité sociale. En raison des caractéristiques intrinsèques de l'enquête (transversale) et des contraintes logistiques et matérielles, il n'a pas été possible d'utiliser des méthodes basées sur le comptage des comprimés, ni de valider notre mesure de l'observance à partir de son association avec la charge virale, cette donnée n'étant pas disponible. Des travaux ont cependant montré que la mesure de l'observance basée sur les déclarations des patients procurait une mesure satisfaisante de celle-ci, dès lors qu'elle intervenait en dehors de l'interaction clinique avec le personnel médical ou paramédical [2, 31].

D'autre part, bien qu'il ait été démontré que l'observance évolue dans le temps [9, 38], son caractère dynamique ne peut être pris en compte à partir d'une enquête transversale. L'ajustement, dans chacun des modèles, sur le délai depuis l'initiation du traitement permet en partie de répondre à cette limite. Le phénomène des perdus de vue et les interruptions longues de traitement (de plus d'un mois), qui sont mal connus dans le contexte de pays du Sud et qui pourtant constituent des enjeux importants dans les programmes nationaux d'accès aux antirétroviraux, nécessiteraient également un suivi longitudinal des patients pour une meilleure compréhension.

Conséquences des défauts d'observance et implications en termes de politique publique

Les écarts à l'observance et les interruptions de traitement ne sont pas plus fréquents dans les pays à ressources limitées ayant mis en place des programmes nationaux d'accès aux antirétroviraux comme le Cameroun que dans les pays du Nord [27]. Par ailleurs, les données actuelles disponibles dans la littérature montrent une prévalence relativement faible des résistances virales aux traitements existants au Cameroun, ainsi que dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne [22]. Néanmoins, leur minimisation constitue un enjeu essentiel pour l'efficacité et l'efficience des programmes VIH/sida. Un moindre niveau d'observance augmente considérablement le risque de transmission du VIH, alors que ce risque est estimé quasi-nul avec une observance optimale maintenant une charge virale indétectable [42]. Il augmente le risque d'échec thérapeutique et d'évolution vers le stade du sida, ainsi que la mortalité chez les patients bénéficiant déjà d'un traitement, mais également chez les patients naïfs, du fait de la transmission de virus résistants [3, 19]. Bien que le recours aux protocoles

de seconde ligne soit inévitable à moyen terme, un moindre niveau d'observance accélère le recours à ces traitements, dont les prix actuels sont 8 à 12⁶ fois plus élevés que ceux des traitements de première ligne, bien meilleur marché [26].

Par la mise en évidence des modalités de l'offre de soins associées à une meilleure observance, cette étude a des implications importantes. D'une part, l'identification d'un nombre optimal de médecins pour faciliter la bonne gestion de la prise en charge suggère qu'il est possible d'améliorer l'efficacité des programmes d'accès aux antirétroviraux à niveau de ressource constante, par une ré-allocation des professionnels médicaux des centres de traitement « sur-dotés » vers les centres de traitement « sous-dotés » par rapport à ce critère. Celui-ci sera sans doute différent selon les systèmes nationaux de santé, en fonction de l'organisation de la pyramide sanitaire, des modalités de la prise en charge du VIH/sida et de la disponibilité des autres ressources humaines en santé.

Ces résultats montrent, par ailleurs, l'intérêt, dans le contexte du Cameroun, d'un modèle de délégation des consultations, formalisant et organisant la division du travail entre personnels médical et paramédical. Face à la crise des ressources humaines que traverse la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, ainsi qu'à l'augmentation rapide de la demande de soins, l'adoption de tels modèles, adaptés à chaque système de santé, semble incontournable [11, 43].

Enfin, les résultats démontrent la supériorité d'un modèle du soutien psychosocial spécialisé, confié à des agents de relais communautaires et des assistants sociaux, par rapport à des modèles confiant ce soutien à des équipes mixtes absorbant une partie du temps de travail du personnel paramédical.

L'ensemble de ces résultats souligne l'importance des professionnels de santé et les enjeux liés aux politiques de développement des ressources humaines en Afrique sub-saharienne. Face aux contraintes existantes, des modalités originales et novatrices d'organisation des soins doivent être mises en place, fondées sur un recensement des ressources humaines disponibles dans le pays et de leurs compétences, sur une répartition appropriée des tâches entre les différentes professions impliquées dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et sur une formation adéquate en cas d'attribution de nouvelles fonctions.

Remerciements

Les auteurs remercient l'Anrs, sans laquelle cette recherche n'aurait pas été possible, ainsi que Sidaction, pour son soutien financier à travers l'allocation de bourses à de jeunes chercheurs.

Les auteurs remercient également le ministère de la Santé publique du Cameroun pour son appui technique, les équipes soignantes des 27 hôpitaux pour leur accueil, leur collaboration active à la réalisation de cette étude et leur investissement dans le projet, ainsi que l'ensemble des patients qui ont accepté de participer à la recherche.

⁶ Respectivement, pour les combinaisons ténofovir + lamivudine + lopinavir/ritonavir et abacavir + didanosine + lopinavir/ritonavir.

Références bibliographiques

1. Anema A, N Vogenthaler, EA Frongillo, S Kadiyala, SD Weiser. Food insecurity and HIV/AIDS : current knowledge, gaps, and research priorities. *Curr HIV/AIDS Rep* 2009 ; 6(4) : 224-31.
2. Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, *et al.* Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *Aids* 2000 ; 14(4) : 357-66.
3. Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, *et al.* Non-adherence to highly active anti-retroviral therapy predicts progression to AIDS. *Aids* 2001 ; 15(9) : 1181-3.
4. Boule A, Ford N. Scaling up antiretroviral therapy in developing countries : what are the benefits and challenges ? *Sex Transm Infect* 2007 ; 83(7) : 503-5.
5. Boyer S, Marcellin F, Ongolo-Zogo P, *et al.* Financial barriers to HIV treatment in Yaounde, Cameroon : first results of a national cross-sectional survey. *Bull World Health Organ* 2009 ; 87(4) : 279-87.
6. Braitstein P, Brinkhof MW, Dabis F, *et al.* Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy : comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006 ; 367(9513) : 817-24.
7. Brinkhof MW, Dabis F, Myer L, *et al.* Early loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programmes in lower-income countries. *Bull World Health Organ* 2008 ; 86(7) : 559-67.
8. Byakika-Tusiime J, Oyugi JH, Tumwikirize WA, Katabira ET, Mugenyi PN, Bangsberg DR. Adherence to HIV antiretroviral therapy in HIV+ Ugandan patients purchasing therapy. *Int J STD AIDS* 2005 ; 16(1) : 38-41.
9. Carrieri P, Cailleton V, Le Moing V, *et al.* The dynamic of adherence to highly active antiretroviral therapy : results from the French National APROCO cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 ; 28(3) : 232-9.
10. Carrieri MP, Lepout C, Protopopescu C, *et al.* Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy : a 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 ; 41(4) : 477-85.
11. Celletti F, Wright A, Palen J. Can the deployment of community health workers for the delivery of HIV services represent an effective and sustainable response to health workforce shortages? Results of a multicountry study. *AIDS* 2010 ; 24(S1) : 45-58.
12. Chander G, Lau B, Moore RD. Hazardous alcohol use : a risk factor for non-adherence and lack of suppression in HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 ; 43(4) : 411-7.
13. Coetzee D, Hildebrand K, Boule A, *et al.* Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *Aids* 2004 ; 18(6) : 887-95.
14. Cohen R, Lynch S, Bygrave H, *et al.* Antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho : observational cohort assessment at two years. *J Int AIDS Soc* 2009 ; 12(1) : 23.
15. Duran S, Saves M, Spire B, *et al.* Failure to maintain long-term adherence to highly active antiretroviral therapy : the role of lipodystrophy. *Aids* 2001 ; 15(18) : 2441-4.
16. Eholie SP, N'Dour T, Cisse M, Bissagnene E, Girard PM. Observance of antiretroviral treatments : African specificities. *Med Mal Infect* 2006 ; 36(9) : 443-8.

17. Glass TR, De Geest S, Hirschel B, *et al.* Self-reported non-adherence to antiretroviral therapy repeatedly assessed by two questions predicts treatment failure in virologically suppressed patients. *Antivir Ther* 2008 ; 13(1) : 77-85.
18. Harries AD, Schouten EJ, Libamba E. Scaling up antiretroviral treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2006 ; 367(9525) : 1870-2.
19. Haubrich, RH, Little SJ, Currier JS, *et al.* The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *Aids* 1999 ; 13(9) : 1099-107.
20. Katabira ET, Oelrichs RB. Scaling up antiretroviral treatment in resource-limited settings : successes and challenges. *Aids* 2007 ; 21 Suppl 4 : S5-10.
21. Kiguba R, Byakika-Tusiime J, Karamagi C, Ssali F, Mugenyi P, Katabira E. Discontinuation and modification of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected Ugandans : prevalence and associated factors. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 ; 45(2) : 218-23.
22. Kouanfack C, Montavon C, Laurent C, *et al.* Low levels of antiretroviral-resistant HIV infection in a routine clinic in Cameroon that uses the World Health Organization (WHO) public health approach to monitor antiretroviral treatment and adequacy with the WHO recommendation for second-line treatment. *Clin Infect Dis* 2009 ; 48(9) : 1318-22.
23. McCoy D, Chopra M, Loewenson R, *et al.* Expanding access to antiretroviral therapy in sub-saharan Africa : avoiding the pitfalls and dangers, capitalizing on the opportunities. *Am J Public Health* 2005 ; 95(1) : 18-22.
24. Mandara J. The typological approach in child and family psychology : a review of theory, methods, and research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003 6(2) : 129-46.
25. Marcellin F, Boyer S, Protopopescu C, *et al.* Determinants of unplanned antiretroviral treatment interruptions among people living with HIV in Yaounde, Cameroon (EVAL survey, Anrs 12-116). *Trop Med Int Health* 2008 ; 13(12) : 1470-8.
26. Médecins sans frontières. *Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels. Untangling the Web of Prices Reduction. A pricing guide for the purchase of ARVs for developing countries.* Upcoming 12th edition, Pre-publication prices. 2009.
27. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, *et al.* Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America : a meta-analysis. *Jama* 2006 ; 296(6) : 679-90.
28. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, *et al.* Adherence to HAART : a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med* 2006 ; 3(11) : e438.
29. Msellati PA, Juillet-Amari A, Prudhomme J, *et al.* Socio-economic and health characteristics of HIV-infected patients seeking care in relation to access to the Drug Access Initiative and to antiretroviral treatment in Cote d'Ivoire. *Aids* 2003 ; 17 Suppl 3 : S63-8.
30. Orsi F, D'Almeida C, Hasenclever L, Camara M, Tigre P, Coriat B. TRIPS post-2005 and access to new antiretroviral treatments in southern countries : issues and challenges. *Aids* 2007 ; 21(15) : 97-103.
31. Oyugi JH, Byakika-Tusiime J, Charlebois ED, *et al.* Multiple validated measures of adherence indicate high levels of adherence to generic HIV antiretroviral therapy in a resource-limited setting. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004 ; 36(5) : 1100-2.
32. Oyugi JH, Byakika-Tusiime J, Ragland K, *et al.* Treatment interruptions predict resistance in HIV-positive individuals purchasing fixed-dose combination antiretroviral therapy in Kampala, Uganda. *Aids* 2007 ; 21(8) : 965-71.

33. Press N, Tyndall MW, Wood E, Hogg RS, Montaner JS. Virologic and immunologic response, clinical progression, and highly active antiretroviral therapy adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002 ; 31 Suppl 3 : S112-7.
34. Rougemont M, Stoll BE, Elia N, Ngang P. Antiretroviral treatment adherence and its determinants in Sub-Saharan Africa : a prospective study at Yaounde Central Hospital, Cameroon. *AIDS Res Ther* 2009 ; 6 : 21.
35. Samb B, Celletti F, Holloway J, Van Damme W, De Cock KM, Dybul M. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *N Engl J Med* 2007 ; 357(24) : 2510-4.
36. Schneider H, Blaauw D, Gilson L, Chabikuli N, Goudge J. Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in Southern Africa : service delivery and human resources challenges. *Reprod Health Matters* 2006 ; 14(27) : 12-23.
37. Shumbusho F, van Griensven J, Lowrance D, *et al.* Task shifting for scale-up of HIV care : evaluation of nurse-centered antiretroviral treatment at rural health centers in Rwanda. *PLoS Med* 2009 ; 6(10) : e1000163.
38. Spire B, S. Duran S, Souville M, Lepout C Raffi F, Moatti JP. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients : from a predictive to a dynamic approach. *Soc Sci Med* 2002 ; 54(10) : 1481-96.
39. Spire B Carrieri P, Sopha P, *et al.* Adherence to antiretroviral therapy in patients enrolled in a comprehensive care program in Cambodia : a 24-month follow-up assessment. *Antivir Ther* 2008 ; 13(5) : 697-703.
40. Van Damme W, Kober K, Kegels G. Scaling-up antiretroviral treatment in Southern African countries with human resource shortage : How will health systems adapt ? *Soc Sci Med* 2008 ; 66(10) : 2108-21.
41. Van Oosterhout JJ, Bodasing N, Kumwenda JJ, *et al.* Evaluation of antiretroviral therapy results in a resource-poor setting in Blantyre, Malawi. *Trop Med Int Health* 2005 ; 10(5) : 464-70.
42. Vernazza PL, Hirschel B. HIV transmission hunting--the chase for low risk events. *Antivir Ther* 2008 ; 13(5) : 641-2.
43. World Health Organization, PEPFAR, UNAIDS. *Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines.* World Health Organization, Geneva, 2008.
44. World Health Organization. *Health Statistics 2008.* WHO, Geneva, 2008. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf [accessed 29 March 2009].
45. Zachariah R, Van Engelgem I, Massaquoi M, *et al.* Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2008 ; 102(3) : 288-93.
46. Zachariah RN, Ford N, Philips M, *et al.* Task shifting in HIV/AIDS : opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2009 ; 103(6) : 549-58.



Chapitre 13

Le futur au conditionnel : de la gestion de l'observance chez les malades en situation de dépendance

Paule-Christiane BILÉ, Séverin Cécile ABÈGA[†]

Ce chapitre porte spécifiquement sur les personnes vivant avec le VIH/sida, qui sont en situation de dépendance. Nous ne définissons pas la dépendance ici comme une notion juridique, mais comme une situation de fait (qui peut ou non correspondre à une situation juridique), celle de personnes qui sont placées sous la responsabilité ou la tutelle d'une autre personne (physique ou morale) pour leur existence quotidienne. Dans cette rubrique, nous pouvons classer les jeunes âgés de 18 à 25 ans, les élèves et étudiants, les chômeurs, les inactifs et les invalides et, même, les personnes âgées, qui ne disposent d'aucun revenu fixe. Il n'existe cependant pas à proprement parler de protocole spécifique à l'accès aux antirétroviraux pour les personnes en situation de dépendance, ni pour les 18-25 ans, dont beaucoup poursuivent leur scolarité ou/et sont dans une situation d'expectative quant à leur avenir.

Ce travail est issu du projet Stratall – Anrs 12 110/Esther « Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique : évaluation de la prise en charge des patients sous antirétroviraux dans les hôpitaux selon une approche de suivi allégée ». L'enquête a été menée dans les unités de prise en charge de la province du Centre. À l'aide de guides d'entretien, un pour les personnes vivant avec le VIH/sida et un autre pour le personnel soignant, plus précisément les membres des comités thérapeutiques (médecins prescripteurs, infirmières, agents de relais communautaires, commis de pharmacie et assistantes sociales), nous avons essayé d'obtenir des informations auprès des personnes concernées de près ou de loin par le phénomène de dépendance tel que défini plus haut. L'échantillon interrogé comportait plus de 100 individus.

L'enquête sur le terrain a été effectuée sur une population cible constituée de composantes non strictement représentatives, mais caractéristiques de la population étudiée. Sur le plan pratique, elle s'est déroulée sans aucun problème majeur, hormis le mauvais état de la route qui rend difficile l'accès à certaines localités. Dans les unités de prise en charge visitées, nous avons à notre disposition une salle (la salle d'attente), dans laquelle les patients nous étaient envoyés par les membres du comité thérapeutique. Dans quelques rares cas, il a fallu se rendre au domicile pour effectuer les entretiens qui se sont généralement bien déroulés.

L'objectif premier de ce travail visait à mieux cerner la question de la gestion de l'observance au traitement antirétroviral, dans le cas de personnes vivant avec le VIH/sida subissant de fait une situation de dépendance dans leur environnement quotidien. En effet, les risques associés à la situation de dépendance en

temps de maladie augmentent, en particulier pour les femmes, considérées comme plus vulnérables. Les traumatismes et le manque de soutien et de services dans le domaine social peuvent avoir de graves répercussions sur les individus et nuire gravement à leur santé physique et mentale. L'anxiété, la dépression, le stress, voire la tentation du suicide, sont des états auxquels ces individus sont particulièrement exposés dans des contextes caractérisés par la pauvreté et par l'existence de puissantes « sanctions » collectives des comportements. Ces dernières sont notamment présentes sous une forme symbolique.

Les établissements scolaires ou les groupes de personnes présentant des caractéristiques communes ou des affinités quelconques constituent des systèmes ayant leurs logiques, leurs rituels, leurs valeurs. La « mise en scène de la vie quotidienne » présente régulièrement un aspect répétitif, un aspect cérémoniel et hiérarchique et un aspect habituel, mais, par contraste, singularise l'exception qui conduit à la manifestation de la douleur ou de la joie, en faisant alterner punitions et récompenses. Se créent ainsi un cadre de vie, une organisation sociale propre au monde du malade, qui assurent la trame vivante et vécue de ce dernier, dans laquelle s'évalue et se mesure le degré de cohésion sociale et familiale dont il peut bénéficier.

Problématique

Les questions fondamentales qui ont guidé cette recherche concernent au premier chef et en général la portée des différentes approches du traitement par médicaments antirétroviraux. Plus précisément, en ce qui concerne l'accès (coûts directs et d'opportunité) et l'observance (régularité et suivi), la situation de la personne dépendante mérite qu'on s'y attarde. En effet, la spécificité des personnes dépendantes vient de leur nombre considérable dans les sociétés à revenus limités, et de l'attention particulière dont ils font l'objet au sein des familles africaines réputées pour leur solidarité :

- ils sont dans une situation de dépendance à la fois matérielle, financière et décisionnelle, vis-à-vis de leurs parents et du reste de la famille ;
- ils se situent à un stade de la vie où se construisent les projets d'avenir ;
- pour les jeunes scolarisés, ils évoluent dans un micro-système (l'établissement scolaire ou l'université) ayant ses règles propres et dont les membres (autres élèves et enseignants) ont une vision du monde propre à leur statut d'« apprenant » ou d'enseignant.

Dans cette situation, la personne vivant avec le VIH/sida en situation de dépendance se retrouve, lorsqu'elle accède au traitement antirétroviral, sous une somme d'influences parfois contradictoires, avec lesquelles elle doit composer pour satisfaire au mieux ses intérêts.

La principale préoccupation ici est de savoir comment l'individu vit sa situation de personne vivant avec le VIH/sida, que ce soit dans son milieu familial ou, le cas échéant, dans son environnement scolaire. Il s'agit donc de savoir quel est l'impact de ce traitement sur sa vie quotidienne et sur sa capacité à se projeter dans l'avenir (suivi de sa scolarité, de ses activités professionnelles, projets de vie de famille, projets de mariage, etc.), et quels sont les éléments qui conditionnent son observance du traitement (gestion de la mobilité due à l'approvisionnement en antirétroviraux, rapports avec les parents et avec les pairs de la même classe d'âge, entretien du secret à l'égard de certaines personnes, etc.). De plus, nous examinerons comment se fait, dans ce contexte, la gestion du soutien apporté au malade.

Hypothèses

Les hypothèses qui sous-tendent ce travail se regroupent dans un modèle où les interactions sont imbriquées les unes aux autres. Plus concrètement, pour ces malades, la gestion de la maladie est conditionnée par le degré de soutien dont ils disposent et vice-versa. Cela se traduit dans la réalité par un cercle vicieux constitué de plusieurs éléments qui interagissent. D'une part, l'accès aux antirétroviraux est déterminé par deux principaux éléments : les moyens et l'environnement. En ce qui concerne l'environnement, le « stigma », lorsque la crainte de la stigmatisation (réelle ou/et perçue) conduit à la dissimulation du statut sérologique (et, plus en amont, au refus du dépistage ou au déni des résultats positifs de ce dernier), empêche de faire jouer le système de solidarité. D'autre part, le caractère vécu et/ou supposé « humiliant » et « dégradant » de la maladie dans l'esprit de plusieurs en fait un double objet de dépenses pour les tuteurs, tant sur le plan financier que moral. Il peut en résulter un isolement, voire une mise en quarantaine de fait de la personne vivant avec le VIH/sida, d'abord sur le plan affectif, puis sur le plan matériel.

En effet, le statut de séropositif au VIH représente encore dans l'imagerie populaire au Cameroun un attribut synonyme de désordre sexuel et de mort imminente (voir plus loin, Chapitre 17). Dans ce contexte, la personne vivant avec le VIH/sida doit faire face à deux types de stigmatisation, selon que son statut sérologique est connu de personnes de son entourage (famille ou autres), ou qu'elle suppose que son infection à VIH n'est ni connue ni immédiatement perceptible.

Les entretiens que nous avons conduit suggèrent que la gestion quotidienne de la maladie sous traitement s'opère différemment selon ces deux cas de figure, mais en combinant, selon des proportions variables, deux types de comportements : la « mécanisation du traitement » d'une part, la dissimulation du statut, dans la mesure du possible et en dépit des contraintes du traitement, d'autre part. La combinaison de ces deux modes de gestion de la maladie sous traitement entraîne des difficultés et des tensions dans le suivi du traitement lui-même, mais en même temps, ces deux modes lui sont fonctionnels en ce qu'ils rendent possible la poursuite de son suivi au quotidien.

La « mécanisation » du traitement : guérir malgré tout

La quasi-totalité des malades que nous avons interrogés a une façon « mécanique » de s'approprier le traitement. En témoigne le fait que ces personnes connaissent peu (ou pas) le nom de leurs médicaments et qu'elles se contentent juste de les prendre selon les indications reçues. Par ailleurs, chacun des malades a sa propre idée (souvent éloignée de la réalité médicale) sur les effets du traitement. Ces représentations peuvent parfois les conduire à la poursuite de rapports sexuels non protégés et au multipartenariat sexuel.

Plus de 70 % des malades que nous avons interrogés ont un niveau de scolarisation primaire, contre environ 25 % du secondaire. Le reste des effectifs se répartit entre le supérieur et l'analphabétisme. Dans ce dernier cas, ce sont surtout des femmes qui n'ont jamais été à l'école. Dès lors, ces patients se contentent de prendre des comprimés qu'ils ne différencient que par la couleur ou le goût, et dont ils ne connaissent ni les indications précises, ni les effets secondaires, ni les contre-indications. Ils les prennent aux heures indiquées et selon les modalités prescrites par les dispensateurs.

Cette attitude révèle en filigrane une volonté de la part des patients de faire autant que possible abstraction de la maladie, dans l'espoir que sa négation puisse éventuellement entraîner sa disparition, ou du moins en atténuer les effets : « *Peut-être que si j'oublie, ce sera moins dur pour moi. J'ai tellement de choses à faire dans mon cœur que si je dois tout le temps penser à ça, je ne vois pas...* » (F.35¹).

Toutefois, cette « mécanisation » des prises de médicaments comporte de nombreux risques : confusions entre comprimés et entre différents dosages, ainsi que sur les modes et moments d'administration, ignorance des interactions médicamenteuses, incertitudes sur la durée à vie du traitement, etc.² Certains patients prennent, en marge de leurs prescriptions, d'autres produits dont les principes actifs sont incompatibles avec les antirétroviraux.

Cela concerne aussi leur connaissance de la maladie dont ils sont atteints. En effet, aucun des malades interrogés n'a pu nous dire avec clarté à quel stade de la maladie il se trouvait et, encore moins, dans quel protocole de soins il se rangeait. Les patients estiment en effet que cela relève de la compétence exclusive du personnel soignant et que cette information ne leur est d'aucune utilité : « *Moi je ne retiens pas. Parce que ça me... je ne voulais même pas... quand on me donne mes comprimés, je prends seulement [...] Je ne peux pas connaître le niveau [...] la gravité de ma maladie. Parce qu'elle (l'infirmière) m'avait seulement dit que moi je suis mieux. Parce que je prends un traitement de 3 000 francs. Donc quelque part je ne sais pas exactement de quoi il s'agit.* » (H.44)

De la même manière, les malades ne font pas de différence entre les « dispensateurs », tous regroupés sous le vocable d'« infirmier » ou de « docteur », y compris les agents de relais communautaires qui sont des personnels d'appui sans compétences médicales.

L'itinéraire classique d'une consultation prévoit un cheminement précis, avec des étapes où chacun des dispensateurs intervient pour une tâche bien codifiée : le malade est reçu par l'infirmière ou l'agent de relais communautaire qui procède à une auscultation et à des examens corporels. Par la suite, celui-ci évalue le traitement, met à jour l'ordonnance et enfin, si besoin est, prescrit des examens de laboratoire complémentaires et envoie le patient chez le médecin pour la suite de la consultation. Ce dernier va effectuer un examen plus approfondi et donner des indications au malade pour la suite de son traitement, avant de le renvoyer vers les infirmières ou les agents de relais communautaires qui s'occuperont de la mise en route et du suivi médical.

Dans les faits, le rendez-vous du malade se résume le plus souvent au renouvellement de l'ordonnance ou à l'approvisionnement en antirétroviraux qui s'effectuent la plupart du temps au niveau de la pharmacie de l'unité de prise en charge. La plupart des malades interrogés a déclaré s'en remettre aux infirmiers et aux agents de relais communautaires pour l'approvisionnement. Rares sont ceux qui cherchent spontanément à rencontrer le médecin sans y être invités par les infirmiers ou les agents de relais communautaires. Ce comportement ne pose pas

¹ La nomenclature de cette identification d'enquêtés donne des informations sur le sexe et l'âge. Par exemple, F.35 signifie femme de 35 ans, tandis que H.45 signifiera homme de 45 ans.

² Dans certains cas, en particulier en tout début de traitement, on donnait au malade une boîte de 40 comprimés de névirapine qu'il devait prendre pendant 15 jours, à raison d'un comprimé par jour. Nombre d'entre eux dépassaient toujours les 15 jours et ne se représentaient à l'hôpital qu'après épuisement des comprimés.

en soi de problème, dès lors qu'une délégation des tâches bien organisée a été introduite dans la structure de soins. Il peut, en revanche, influencer sur la qualité du suivi de l'évolution de la maladie, dès lors que tous les dispensateurs n'ont pas les mêmes compétences dans le domaine et qu'ils n'ont pas été suffisamment formés pour détecter les cas cliniques qui nécessitent d'être référés à un professionnel disposant de compétences techniques plus adaptées ou au médecin.

Dans les unités de prise en charge, il existe, pour le suivi des patients, des comités thérapeutiques composés en moyenne d'un ou deux médecins prescripteurs, de quatre infirmiers prescripteurs, de six agents de relais communautaires et d'un ou deux commis de pharmacie. Cependant, dans certaines unités de prise en charge, le comité thérapeutique intègre en son sein une infirmière de suivi et un représentant des personnes vivant avec le VIH/sida. Par principe et selon les divers protocoles, les membres des comités thérapeutiques doivent fournir aux patients toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension de leur maladie et de leur traitement.

On remarque cependant que le suivi et l'encadrement des malades obéit souvent à une méthodologie que nous qualifierons de « sentimentaliste », selon les termes de Y Jaffré et JP Olivier de Sardan [4]. Outre le fait que les paroles des malades citées plus haut suggèrent clairement qu'on ne s'attarde pas sur les explications d'ordre scientifique (stades et protocoles), une forme aiguë de paternalisme semble, dans certains cas, présider à la relation des soignants avec les personnes vivant avec le VIH/sida. Nous avons pu assister à une séance d'éducation thérapeutique où les conseils du dispensateur (en l'occurrence, un agent de relais communautaire) ressemblaient davantage à des remontrances qu'à des conseils prodigués à un adulte pour mieux lui faire comprendre son traitement : « *Quand tu viens seulement dire que tu as oublié de prendre tes comprimés, et tu restes chez toi, tu crois que tu fais ça pour qui ? On ne va pas te parler comme un enfant de 4 ans qu'il faut tout le temps marcher derrière lui. Tant pis pour toi si tu continues d'oublier ou même... En tout cas, c'est ton problème, si tu meurs est-ce que tu vas mourir avec quelqu'un ? Je t'ai dit la dernière fois que si tu prends bien les comprimés qu'on te donne, toi-même tu as vu comment tu étais déjà bien, maintenant tu reviens en criant alors que tu ne prends pas tes comprimés (...) Est-ce que je vais faire la police derrière toi ?* » (F. agent de relais communautaire).

Ce type de discours contraste fortement avec celui des responsables des unités de prise en charge, qui décrivent les recommandations adressées aux malades en des termes beaucoup plus équilibrés.

Le problème qui se pose au niveau du personnel paramédical et d'appui (infirmiers, agents de relais communautaires, pharmaciens) et qui a une influence notoire sur le suivi des patients concerne le niveau scolaire et la formation de ces derniers. En effet, beaucoup des personnes affectées à l'encadrement et au suivi des malades sous la rubrique « infirmiers » sont en réalité des diplômés en assistance sociale ayant, à l'occasion de leur affectation au sein de l'unité de prise en charge, reçu des formations adaptées. Tous les agents de relais communautaires interrogés, à l'exception d'une seule (diplôme d'infirmière), sont des diplômés de l'École nationale des affaires sociales et ne disposent que d'une formation d'appoint pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, sans formation médicale ou paramédicale. Il s'ensuit une méthode de soutien psycho-social faisant appel à des conseils quasi-uniformisés, alors même que chaque malade a une histoire propre qui mériterait un suivi plus personnalisé.

L'appropriation « mécaniste » en « automate » du traitement par les personnes vivant avec le VIH/sida est donc souvent renforcée par l'attitude du personnel des équipes de soins. Mais elle traduit aussi le désir évident des patients de recouvrer un état de santé acceptable ou, au moins, de se départir des symptômes visibles de l'infection, qui peuvent être à l'origine de soupçons dans l'environnement familial et social, voire de leur mise en quarantaine. Certains se réfèrent à leur foi et associent l'action des médicaments à celle de Dieu, faisant état d'un calendrier journalier, rythmé à la fois par la prière et les différentes prises de médicaments. Ces dernières deviennent la principale donnée autour de laquelle se bâtit leur vie quotidienne : « *Quand je me lève le matin, je fais ma prière, je prends mes médicaments (...) dans la soirée, je mange et je prends mon médicament de 20 heures, je me couche, après si j'ai quelque chose à lire, je lis ou je m'endors, je sais que à 22 heures, je dois encore prendre l'autre médicament (...) En tout cas, je ne sais pas, j'espère que je vais guérir, avec la volonté de Dieu. Je ne propose rien, mais je sais que vraiment, avec la volonté de Dieu, peut-être il peut me trouver un homme qui peut toujours rester avec moi comme un frère, qu'il va toujours m'aider parce que rien n'est impossible quand Dieu (...) quand tu implorés sa miséricorde, il va toujours t'aider. Et je suis sûre qu'il va me guérir et que dans les années à venir je vais recommencer, peut-être je ferai mieux qu'avant.* » (F.35)

Ce désir de guérison se mesure aussi par la capacité restaurée des personnes vivant avec le VIH/sida traitées à se projeter dans l'avenir : interrogées, elles avaient toutes effectivement des projets, à l'exception d'une seule qui, jusque-là, avait des tendances suicidaires. Pour ce qui est du type de projets, le plus récurrent concerne la procréation, suivie de près par les objectifs de carrière et les projets de construction. L'espoir suscité par le traitement suivi est palpable chez la majorité des malades et ils y sont encouragés par les effets que celui-ci a sur leur état de santé : « *Avant je ne marchais même plus, j'étais déjà maigre, comme un soûlard (...) Ma famille m'a transporté de Maroua jusqu'ici, on pensait même que je devais déjà mourir. Je savais déjà qu'il y avait le sida (...) quand on parlait, on disait « les traitements sont chers », il y avait les traitements de 100 000 F, de 70 000, on parlait à la radio, on parlait à la télé, et consorts... Qu'est-ce qu'on devait faire quand la maladie est là ? On n'avait pas les moyens, je n'ai rien pris ! Je devais prendre quoi ? Est-ce qu'on traite ça indigènement ? Je vais aller à l'indigène, que qui va me traiter ça ? On va seulement me voler l'argent... Depuis que je prends les remèdes-là ça va, comme vous voyez vous-même (...) Tu peux oublier tes remèdes comment ? C'est ma santé ! si j'oublie ça, c'est que je suis déjà parti ! J'ai d'abord vu quand j'avais fait au moins un an je ne prenais pas ça, comme je n'avais pas le produit, j'ai vu ce qui m'est arrivé (...)* » (H.61)

Au total, cette tendance à un suivi mécanique du traitement, si elle ne permet pas une véritable appropriation, conduit au moins à se conformer aux prescriptions des dispensateurs, et peut donc faciliter l'observance et les effets positifs du traitement sur le rétablissement d'une meilleure santé. Cependant, ce système plutôt bien rôdé a pour condition de son succès le maintien d'un approvisionnement régulier. En effet, lorsque survient un problème de ruptures de stocks d'antirétroviraux, comme cela est malheureusement encore le cas de façon régulière dans certaines unités de prise en charge, les conséquences peuvent être catastrophiques sur le suivi à long terme (voir Chapitre 12, notamment sur les interruptions de traitement).

Dissimulations et faux-semblants : raisons et risques d'un silence

À la découverte de son statut sérologique positif, la personne vivant avec le VIH/sida hésite souvent à en faire part à son entourage. Parmi les patients interrogés dans le cadre de ce travail, seuls dix d'entre eux ont fait part de leur maladie à leur entourage. Dans ces dix cas, la révélation de la séropositivité à l'entourage a obéi à une même double motivation : « *les protéger et leur montrer que ça existe* ». Mais, pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida, le salut sur les plans médical et social réside dans la « fuite », c'est-à-dire dans la dissimulation du statut.

Plusieurs raisons sont évoquées par ces malades pour justifier le fait de garder le secret sur leur statut sérologique : la peur du regard des autres, la peur du rejet ou même la crainte de subir une discrimination effective sur leur lieu de travail ou dans leur établissement scolaire. Trois témoignages sont particulièrement expressifs de la situation des personnes vivant avec le VIH/sida ne disposant d'aucune autonomie financière.

Le premier est celui d'une jeune élève de la classe de première, âgée de 19 ans, enfant unique de surcroît. Malgré sa ferme intention de devenir avocate, elle parle néanmoins d'abandonner ses études au cas où son statut serait révélé au grand jour : « *Mes camarades se disent que peut-être je suis en train de refuser l'école, ou quelque chose comme ça. Je ne sais même pas trop ce qu'ils pensent (...) En tout cas, moi je suis toujours malade, je préfère qu'ils pensent ça. Parfois, ils viennent me rendre visite à la maison (...) Ils s'étonnent tout le temps : « Chaque jour toi tu es malade ! ? Moi je ne réponds rien, je leur dis seulement que je suis malade. Quand j'imagine même seulement qu'on leur dise... La honte... ! Je peux même laisser l'école-là. Mais je vais quand-même continuer le traitement. Je ne sais même pas comment je peux leur expliquer (...) en tout cas, s'ils sont au courant, je ne pars plus à l'école. Et même pour le reste, je ne dis rien. Si quelqu'un me drague, je vais toujours jouer, jongler... »* (JF.19)

Pour d'autres, au-delà même de la maladie, c'est le mode de transmission qui est en cause : « *De même que le signe par lequel elle se transmet, elle est réflexive et incarnée, c'est-à-dire émise par la personne même qu'elle concerne et diffusée au moyen d'une expression corporelle que perçoivent directement les personnes présentes* », nous dit E. Goffman, à propos de la stigmatisation que provoque la maladie ou le handicap [3]. Et, tant que la maladie n'est pas perçue, le malade maintient le mystère. C'est le cas de cette mère de famille qui vit dans un foyer polygame séro-discordant et qui préfère cacher sa maladie plutôt que de se voir coller l'étiquette de femme légère : « *Moi je ne peux pas aller dire ça à quelqu'un, moi-même je ne comprends pas. Comme ma co-épouse elle est négative, mon mari aussi. Je vais avoir mal si on dit ça aux gens (...) Toi-même est-ce que tu peux dire ? C'est une maladie... Au départ, on nous a fait savoir ça avec trop de peur. On dit seulement que c'est une maladie que quand tu es « bordèle »³, c'est ça que tout le monde connaît que quand tu as la maladie-là c'est parce que tu es « bordèle », c'est en ce temps-là que tu dois avoir la maladie. C'est seulement maintenant qu'on nous dit que non, on peut aussi attraper la maladie-là, il y a plusieurs chemins, ce n'est pas seulement le*

³ Qualificatif (très péjoratif) attribué aux femmes de petite vertu ou aux prostituées.

chemin-là (...) Si on nous avait dit au départ que quand tu attrapes la maladie-là, ça peut venir comme ça ou comme ça, ça allait partir mieux. Mais quand tout le monde sait que quand tu es malade, c'est parce que tu couches trop d'hommes, donc voilà la honte. Or, moi je ne couche pas beaucoup les hommes. D'abord à la maison, avec mon mari même, j'ai dit que je ne veux plus accoucher, qu'il fallait qu'on arrête jusque-là. Donc, on ne se voit plus (...) Combien de fois alors si je lui dit que j'ai le sida ? Il va penser que je suis allée voir dehors ! » (F.49)

D'autres sont motivés par le besoin de protéger leurs proches d'un éventuel sentiment de culpabilité. Cette stratégie, que l'on peut qualifier de « stratégie du bouc émissaire », consiste en un transfert de l'objet de stigmatisation. En effet, ce n'est pas tellement l'état de santé de la personne qui est source de problèmes, mais surtout les répercussions de la diffusion de cette information aux autres membres de la communauté. En témoigne cet homme marié⁴ au chômage : « On a décidé de garder ça pour nous (...) en dehors des personnes qui nous suivent à l'hôpital, personne n'est au courant. On n'a pas dit ça à nos enfants, on fait tous les moyens possibles pour essayer de les protéger dans ce sens-là (...) Et puis vous voyez que une maladie comme ça, ça a déjà été publié que quand tu as ça, dans tous les cas, tu vas mourir, que ça ne se soigne pas. Bon, si tu dis ça à ta famille et que ta famille est au courant, peut-être que tu es le seul espoir de la famille, tu vas donc casser le moral et ça fera que ils auront... je ne sais pas, ça pourra troubler leur mental. Et ça peut même amener d'autres complications (...) Moi comme ça, comme j'ai déjà une vieille mère, elle peut même se suicider avant moi en se disant que « bon, puisque le seul fils que j'ai, et qu'il est déjà atteint comme ça, peut-être qu'il va même mourir bientôt, je ne veux pas voir mon fils mourir avant moi ». Or moi, je peux même finir mon traitement jusqu'à je peux même continuer à vivre et qu'elle meure même avant que moi je ne meure. C'est ça qui est à l'origine (...) » (H.43)

Ces trois récits, certes différents, mettent en lumière la forte coercition de fait exercée sur les personnes vivant avec le VIH/sida par le regard et le jugement sur elles-mêmes qu'elles attribuent aux autres. L'individu, qui se considère comme potentiellement soumis à un risque de « discrédit social », va chercher à préserver le secret sur sa maladie, tout en assumant les contraintes liées au traitement. Cette gestion quotidienne du secret social s'articule avec la norme de secret médical à laquelle les médecins sont eux-mêmes tenus.

Le problème pour le malade est de savoir manipuler l'information concernant son statut sérologique : l'exposer ou ne pas l'exposer, le dire ou ne pas le dire, feindre ou ne pas feindre, mentir ou ne pas mentir et, dans chaque cas, à qui, comment où et quand. Dès lors, celui qui prend le parti de cacher sa maladie peut chercher à « distraire » l'attention des personnes de son environnement dont il sait (ou pense) qu'elles seraient susceptibles de réagir négativement si elles avaient conscience de son statut. Ainsi, il adopte, en dehors de l'hôpital, un comportement qui assure trompeusement aux autres qu'il est « normal ». Intentionnellement et de fait, le malade dissimule l'information sur son statut de séropositif, donc dissimule son identité sociale réelle, reçoit et accepte un jugement social quotidien, dont il sait qu'il est fondé sur des suppositions erronées à son propos.

⁴ Sa femme (secrétaire dans une administration) et lui-même sont séropositifs, et ils ont deux enfants dont l'aîné a 13 ans.

Une telle stratégie fait inévitablement courir des risques pour l'accès au traitement antirétroviral et pour l'observance de celui-ci. La personne vivant avec le VIH/sida en vient à adopter des méthodes détournées pour accéder aux médicaments et pour suivre son traitement. Ainsi, certains, depuis leur première ordonnance de mise sous traitement, ne se sont plus jamais présentés à l'hôpital, envoyant plutôt des tierces personnes⁵.

L'effet majeur de ce genre d'attitude est l'isolement du patient, qui se retrouve seul face à sa maladie, alors même qu'il ressent le besoin d'un accompagnement affectif important. Cela concerne aussi les effets secondaires liés à la prise de certains produits (fatigue, somnolence, nausées) et d'autres plus importants. Ce dernier s'emprisonne dans une double vie dont il doit supporter seul la charge et dont il impose les inconvénients à son entourage : « *Un jour je venais de terminer le traitement de la tuberculose et je commençais donc avec les remèdes du sida. Mes gens étaient au courant pour la tuberculose, mais je ne leur ai pas dit pour le sida, donc je prenais les remèdes en cachette et un jour j'ai oublié de prendre ça pendant toute une journée. Je suis allée chez des amis et j'ai chuté là-bas, mais j'étouffais, je ne pouvais pas parler de mes remèdes, personne que je pouvais envoyer chercher ça, parce qu'on allait me poser des questions (...)* Ma mère pensait que c'est la tuberculose qui recommençait, elle était vraiment triste. À l'hôpital, j'ai demandé au docteur de ne pas leur parler, j'avais trop peur ! Dieu merci, il a accepté (...) et aujourd'hui, je continue comme si rien n'était » (F.34)

Dès lors, le système de solidarité, qui devrait logiquement se mettre en place en cas de maladie au long cours, peine à fonctionner.

Faillies de la solidarité et solutions de rechange

Le soutien fait référence à toutes les manières de considérer l'autre (le regarder, l'écouter, parler avec lui et lui venir en aide tout au long d'une situation douloureuse). Dans les cas de maladie, ce soutien vient principalement, d'une part des professionnels de santé et, d'autre part, des membres de la famille ou d'autres personnes proches. Il est constitué de gestes (effectuer un pansement, poser une perfusion, donner des conseils, donner de l'argent, expliquer les effets d'un médicament, etc.) et de l'expression (affectueuse, méprisante, condescendante, agacée, indifférente ou hostile) qui accompagne les actions des personnes qui entourent la personne atteinte.

Les personnes vivant avec le VIH/sida, en particulier celles qui ne disposent d'aucune autonomie matérielle, se trouvent dépendantes du système de solidarité qui doit se mettre en place pour les aider à faire face aux charges liées à leur maladie. Cependant, dans les unités de prise en charge de la région Centre, nous avons remarqué que la gestion du traitement est largement tributaire de plusieurs autres contingences liées à la gestion même de la maladie, limitant les possibilités d'une éventuelle aide. Les patients sont alors conduits à mettre sur

⁵ Signalons, à cet effet, les légers inconvénients présentés par l'unité de prise en charge de Nanga Eboko, de par sa situation géographique par rapport au reste de l'hôpital. En effet, le bâtiment qui abrite officiellement le centre de dépistage volontaire Chantal Biya est situé juste à l'entrée de l'hôpital, devant la place du marché, et est source de certaines appréhensions. Les déductions sont vite faites lorsqu'un malade s'y dirige, et pourtant on y pratique aussi des actes de médecine générale.

ped des solutions de rechange leur permettant de subvenir à leurs besoins par des moyens détournés.

La question du faux-semblant soulève généralement celle de la « visibilité » et, mieux encore, de la « perceptibilité » d'un stigmaté, autrement dit, de sa plus ou moins grande aptitude à produire le moyen de faire savoir qu'il est possédé par tel individu. L'infection à VIH présente, en outre, une caractéristique cruciale, l'importunité, qui constitue le degré auquel le stigmaté contrarie le flux de l'interaction. Autrement dit, cette maladie est importune au sens où elle suscite une gêne ; elle dérange et provoque, de fait, des réactions de rejet, voire de répulsion ; elle rompt ou rend difficile l'interaction. Les failles du système d'assistance dont bénéficient classiquement les personnes en situation de dépendance dans le contexte camerounais sont le fait à la fois des patients eux-mêmes et de leurs familles.

Les personnes vivant avec le VIH/sida que nous avons interrogées ont, pour la plupart, choisi de gérer seules leur maladie et leur traitement. Et pourtant, nos entretiens avec les membres du comité thérapeutique nous ont appris que la mise sous traitement d'un patient est, entre autres, conditionnée par l'existence d'une sorte de garant. Nous avons remarqué que, dans chaque unité de prise en charge, le registre des malades comporte une colonne contenant le nom d'une personne (sorte de répondant financier), qui se porte garante des frais du traitement, du suivi du malade en dehors de l'hôpital et qui sera contactée en cas d'éventuelle complication ou de perte de vue du malade : « *On fait toujours appel à la famille... Parce que (...) vous allez voir dans les différents dossiers là-bas, il y a dans la liste une personne qui peut s'occuper du malade, donc nous on ne s'occupe pas du niveau social. Donc, s'il y a une personne qui peut s'occuper du malade, on la convoque et, (...) Si elle dit qu'elle va surveiller l'observance, on met le malade sous traitement. Et puis, même si le malade n'a pas les moyens, il y a des cas d'indigents (...) Je crois que c'est dans les 15 % de nos effectifs (...)* » (médecin-chef)

Dans le contexte camerounais, il n'existe aucun système public de sécurité sociale, comme on en trouve dans les pays développés, ce qui fait de la famille le premier cercle de sécurité. Mais, cette situation pose le problème de la confidentialité inhérente au traitement médical. Cette dernière reste difficile à gérer dans des conditions où la solidarité financière face à la maladie est essentiellement assurée par des personnes de l'entourage familial.

Les unités de prise en charge comptent en moyenne 20 % de malades ayant le statut d'indigent, alors que le quota de personnes indigentes est officiellement limité dans chacune d'entre elles à 15 % de la population suivie. Ce statut donne droit à une prise en charge totalement gratuite, mais nécessite d'être reconnu officiellement, ce qui requiert de collecter et de vérifier des informations sur la cellule familiale du patient et, donc, d'entrer en contact avec celle-ci. De plus, il existe une certaine variabilité selon les unités de prise en charge et selon les personnels de soins dans la façon de « vérifier » ces critères. « *Il existe des critères précis sur lesquels je me base : le nombre d'enfants, le nombre de personnes à sa charge, si le patient a des personnes vivant avec le VIH/sida à sa charge, si la personne travaille, etc. Il existe une grille, comme un barème, qui a un total de 20 points, et chaque rubrique a son nombre de points avec des scores. Par exemple, s'il a plus de sept enfants, ça lui fait 3/3 dans cette rubrique, etc., et à la fin, on regarde le total. Si le total des points dépasse 16/20, la*

personne est déclarée indigente à 100 % ; entre 14 et 15/20, c'est 75 %, à 13/20 c'est 50 %, ainsi de suite (...) » (assistante sociale, unité de prise en charge).

Si, de manière générale, le corps médical et les autres personnels de soins s'efforcent, dans le souci toujours réaffirmé lors des entretiens, de respecter l'éthique du secret médical, de prendre en charge les malades avec « discrétion », tant les contraintes administratives (cas des « indigents » qui vient d'être évoqué) que la proximité physico-géographique avec la communauté, plus immédiate dans le cas d'unités de prise en charge situées au niveau du district, peut conduire, dans les faits, à une pratique du secret médical « à géométrie variable »⁶ (voir, par ailleurs, le moindre accès au traitement des personnes vivant en concubinage dans les unités de prise en charge signalé au chapitre 5).

L'absence ou le relâchement du soutien est également le fait de l'entourage proche du malade, pour des motifs quasi-similaires. Le caractère perçu comme « avilissant » de la maladie et de tout ce qui y a trait favorise une auto-stigmatisation du patient lui-même et fait de ce dernier un double objet de dépenses pour les tuteurs, à la fois sur le plan financier et sur le plan moral. Or, le suivi ou non du traitement par les personnes vivant avec le VIH/sida en situation de dépendance est très largement conditionné par les dispositions à leur égard de leurs tuteurs et de leur environnement. Parmi celles que nous avons interrogées, plusieurs qui avaient été secourues et soutenues au départ ont été abandonnées à elles-mêmes par la suite. Le secours des proches peut souvent s'avérer ponctuel et provisoire : « *C'est le père qui paie le traitement (...) c'est le traitement de 3 000 F. Il est retraité, maman ne travaille que ses champs... Disons que c'est lui qui avait payé d'abord, mais moi-même je cherche l'argent pour venir payer...* » (H.37)

D'autres, en revanche, choisissent de révéler leur séropositivité à leurs partenaires sexuels, qui font alors office de pourvoyeurs de fonds. Les réactions de ces derniers sont multiples et variées, mais relèvent souvent de l'abandon pur et simple ou de l'indifférence, ce qui n'encourage pas la personne vivant avec le VIH/sida sur la voie du suivi régulier du traitement « *J'ai dit à mon copain que je suis séropositive... Il n'a rien dit... Quand il m'a vu avec les remèdes, il va demander, non ? (...) Je ne sais pas si lui aussi il a fait le test, comme moi je ne reste pas sur place avec lui, donc je ne sais pas... Pour les rapports on utilise les machins-là, les capotes... Il avait forcé, j'avais dit qu'on doit faire avec les condoms, mais il a dit que non, lui il ne veut pas, ça lui rendrait peut-être même malade. Donc il a alors décidé que... donc on fait ça comme ça... Moi quoi là dedans ?* » (JF.25)

La frontière entre l'information et la stigmatisation est tellement ténue et ses contours tellement diffus que le pas est vite franchi et une révélation du statut sérologique, faite au départ pour susciter le soutien et pour assurer un comportement responsable visant à minimiser le risque de transmission du virus, peut conduire à des usages abusifs de la dite information par les partenaires ou d'autres proches, au détriment de la personne vivant avec le VIH/sida. Ainsi, une patiente interrogée a expliqué que, dès lors qu'elle avait fait état de sa séropositivité, elle

⁶ Nous avons pu constater que des membres du comité thérapeutique (en particulier, les infirmières et les agents de relais communautaires) parlent effectivement entre eux de leurs patients, en dehors des heures et des lieux de réunions prévues pour discuter professionnellement de leur prise en charge, contrairement à ce qu'ils affirmaient pendant les entretiens, en évoquant les notions d'éthique et de respect de la confidentialité.

s'était vue totalement isolée du reste de la famille : sa chambre (accès interdit aux autres), ses couverts, son matériel de travail, sa porte, sa vaisselle, etc. Dans ce cas, la stratégie du bouc émissaire adoptée par la famille entraîne la patiente dans un processus de « dégringolade sociale ».

Au final, l'observance du traitement par les personnes vivant avec le VIH/sida peut souvent se heurter à la prédominance de sentiments de honte, de peur, de méfiance et de défiance. Dans les cas où l'entourage est mis au courant de la maladie de l'un de ses membres, ce dernier est inévitablement considéré de façon particulière, ce qui peut, soit permettre de susciter la solidarité, soit compliquer le vécu réciproque des interactions quotidiennes. La personne vivant avec le VIH/sida peut donner l'impression à ses proches d'être trop agressive ou trop embarrassée et, dans l'un ou l'autre cas, elle peut elle-même accorder des significations erronées aux réactions à son égard, y compris de la part de ceux ou celles qui expriment des mains tendues et secourables. L'interaction avec l'entourage peut entrer dans un jeu de « régression à l'infini » de la perception mutuelle⁷ qui, au final, transforme la vie du malade en une sorte de théâtre, où les rôles et identités sont certes définis, mais deviennent peu contrôlables [1]. Le désir d'échapper à cette situation sans fin peut conduire les différents protagonistes à user de subterfuges pour faciliter l'interaction.

Les solutions de rechange, essentiellement employées par les personnes vivant avec le VIH/sida, sont assez variées, mais ont un dénominateur commun : la « mystification » de la maladie et donc du traitement. En effet, maladie et traitement sont tous deux rendus invisibles ou du moins transparents, comme si le fait de ne pas en parler ouvertement pouvait les faire disparaître. Cette manière de procéder n'est pas sans conséquences sur la façon de se procurer les ressources financières pour couvrir les dépenses de traitement restant à la charge du patient et sur les conditions pratiques d'accès aux médicaments antirétroviraux.

Pour la plupart des personnes vivant avec le VIH/sida en situation de dépendance interrogées qui ne peuvent pas, ou plus, faire appel à la solidarité financière de leur entourage, l'essentiel est de garantir l'accès à son traitement « à n'importe quel prix » : « *Comme mon père m'engueule tout le temps avant de me donner l'argent, et que ma maman n'a pas les moyens, j'ai décidé que je vais chercher l'argent (...) Donc comme pour aujourd'hui là, j'ai un homme qui me drague là, il travaille à Nkoteng, il m'avait dit que quand il sera à Nanga,... bon, je suis allée le voir (...) Bon, on a dormi et puis il m'a donné 5 000 F et c'est avec ça que j'achète mon médicament (...) Non, je ne lui ai pas dit que j'ai le sida... on fait avec le condom, comme il est marié... il dit qu'il ne veut pas que je porte la grossesse. Moi ça m'arrange mais je n'aime pas trop le condom (...)* » (JF.25)

En ce qui concerne l'approvisionnement en antirétroviraux, le souci de discrétion implique des stratégies de minimisation de la visibilité. Celles-ci sont souvent alimentées par la position géographique des bâtiments des unités de prise en charge qui, malgré leur banalisation apparente dans le cadre des hôpitaux de district, sont en général identifiés par toute la communauté environnante. De plus, ces stratégies sont cautionnées, voire encouragées, par les infirmiers et les agents de relais communautaires, qui eux-mêmes en viennent à en être partie

⁷ Dans l'optique de la psychologie sociale, chacun des acteurs présume des informations détenues par l'autre et agit par anticipation, en vertu de ce qu'il croit savoir, et vice-versa.

prenante. Ainsi, selon le personnel soignant des unités de prise en charge, en particulier les agents de relais communautaires, un nombre significatif des patients listés et suivis par leurs services recourt à une tierce personne pour passer prendre ses médicaments à la pharmacie de l'hôpital. Beaucoup des personnes vivant avec le VIH/sida qui se déplacent elles-mêmes ne vont cependant jamais jusqu'à la pharmacie avec leur ordonnance : soit elles s'arrêtent à l'entrée du bâtiment et envoient un inconnu de passage, soit elles entrent dans un jeu de recherche de la discrétion avec le personnel dispensateur. Nous avons été, à ce titre, plusieurs fois témoins de scènes où le malade passe devant les locaux de l'unité de prise en charge, de façon discrète, mais en veillant bien à être remarqué des agents de relais communautaires. Ces derniers sortent alors et le suivent tout aussi discrètement et, une fois à l'écart, prennent l'ordonnance, vont s'approvisionner à la pharmacie et reviennent vers le patient avec les produits.

Ces stratégies qui visent à rendre le traitement socialement invisible conduisent fréquemment à ce que l'on peut qualifier de « régularisation de l'exception ». En effet, la situation de certaines catégories de personnes vivant avec le VIH/sida a vu naître et s'instituer un système de distribution des antirétroviraux mis en place par les agents de relais communautaires, qui se chargent personnellement de leur faire parvenir leur traitement à domicile ou dans un endroit autre que l'hôpital. Cette situation trouve son explication dans l'extrême pauvreté de la population, dont le lieu d'habitation est parfois très éloigné et difficile d'accès, en particulier dans les unités de prise en charge situées en zone rurale [5]. Cela amène les agents de relais communautaires à expédier les médicaments par des cars de transport en commun, pour certains malades résidant dans des villages éloignés, mais dépendant de l'unité de prise en charge : « *Il y a des patients dans les villages autour de Nanga, qui sont venus ici seulement une ou deux fois. Après, ils envoient seulement l'argent et l'ordonnance avec les cars d'Alliance (agence de voyages) et moi aussi je leur envoie les remèdes par Alliance toujours. Parce que, quand tu prends quelqu'un qui habite à Mengue, et qui va payer le transport 3 000 F aller-retour, s'il faut en plus le traitement de 3 000 F ou 7 000 F, il va dépenser au moins 6 000 F, ou même jusqu'à 10 000 F chaque mois ! Alors que quand il envoie comme ça, il économise, surtout que 10 000 F c'est quand-même beaucoup, il y en a qui n'ont même pas cette somme d'argent en un mois [...]* » (agent de relais communautaire).

Ce système, bien rôdé avec chronogramme et calendriers régulièrement mis à jour, est fonctionnel et produit des fruits, même si l'absence de suivi rapproché peut représenter une difficulté. De même, les conditions de conservation et de transport de ces médicaments ne sont pas vraiment connues, ce qui peut impliquer des risques supplémentaires pour l'efficacité du traitement. Ce qui est frappant ici, c'est que personnes vivant avec le VIH/sida et soignants « bricolent » des solutions adaptées aux circonstances, qui peuvent, en définitive, favoriser l'observance et qui, dans d'autres contextes, ont été explicitement reconnues et organisées, comme c'est le cas dans certaines zones rurales en Haïti ou en Ouganda [2, 6].

En définitive, au-delà des spécificités liées à chaque milieu, on peut constater certaines convergences dans les situations qui ont été examinées : la question de l'égalité d'accès pour toutes les populations au traitement, celle du rôle des experts, de la collectivité, de la famille. Dans chacune des unités de prise en

charge, on tente d'y répondre en s'inscrivant dans une démarche qui, dans la réalité, relève plus souvent du tâtonnement souvent riche d'innovation, mais pas toujours assuré dans le long terme. La complexité du processus d'observance du traitement par antirétroviraux, notamment pour les personnes sans autonomie matérielle, implique non seulement d'« apprendre en mettant en œuvre » grâce aux évaluations externes dont ce travail est un exemple, mais surtout et avant tout, de s'inscrire dans une réelle concertation, impliquant les personnes vivant avec le VIH/sida elles-mêmes, tout au long du processus de mise sous traitement et de son suivi.

Références bibliographiques

1. Chamarat G, Dir. *Identités individuelles, identités collectives*. Presses universitaires de Caen, Caen, 1998.
2. Farmer P, Leandre F, Mukherjee JS, Claude M, Nevil P, Smith-Fawazi MC, *et al.* Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2001 ; 358 : 404-9.
3. Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Éditions de minuit, Paris, 1975.
4. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
5. Lefebvre H. *Du rural à l'urbain*. Economica, Paris, 2001.
6. Mukherjee JS, Eustache FE. Community health workers as a cornerstone for integrating HIV and primary healthcare. *AIDS Care* 2007 ; 19 (Suppl. 1) : S73-S82.

Chapitre 14

Comportements sexuels à risque avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu, au Cameroun : quels déterminants ?*

Aïssata DIA, Fabienne MARCELLIN, Cécile-Renée BONONO, Sylvie BOYER, Anne-Déborah BOUHNİK, Camelia PROTOPOESCU, Sinata KOULLA-SHIRO, Maria Patrizia CARRIERI, Claude ABÉ, Bruno SPIRE et le groupe d'étude EVAL – Cameroun

Les rapports hétérosexuels non protégés demeurent le mode de transmission du VIH prédominant en Afrique sub-saharienne. Depuis le début de l'épidémie sur le continent, les données épidémiologiques ont permis d'identifier des catégories de population plus exposées au risque d'infection, notamment les prostituées, les migrants, les transporteurs routiers, les militaires, les femmes et les jeunes. Cependant, les travaux quantitatifs et qualitatifs menés dans plusieurs pays d'Afrique, à l'initiative de l'OMS, de la fin des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990, ont mis en avant les difficultés et les dérives potentielles (stigmatisation) d'une telle catégorisation [9]. Par ailleurs, la progression fulgurante de l'épidémie en Afrique a clairement montré les limites des programmes de prévention qui viseraient les seuls groupes « à risque » [8]. Une vaste enquête descriptive des comportements sexuels dans leurs aspects liés au VIH, menée de 1989 à 1991 auprès d'échantillons représentatifs de la population adulte de neuf pays africains, a mis en lumière des différences importantes selon les pays et selon le genre [9]. L'impact de l'accès au traitement antirétroviral sur les comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH/sida dans les pays en développement demeure un sujet de débat [3, 4, 10, 17, 22], certains experts agitant régulièrement l'hypothèse que cet accès puisse entraîner un sentiment « de fausse réassurance » et, en conséquence, un « effet désinhibant » sur les comportements à risque de transmission du VIH dans la population traitée. De plus, les déterminants socio-économiques et comportementaux de l'utilisation non systématique du préservatif par les personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique sub-saharienne ont été rarement étudiés dans des échantillons de la fraction de cette population qui est en contact avec le système de soins, et jamais dans le contexte d'un programme de « passage à l'échelle » des traitements antirétroviraux [5, 18, 22, 23]. Cette sous-population est pourtant une de celles qui peuvent le plus facilement être touchées par des interventions à visée préventive, puisque, d'une part, il s'agit de personnes vivant avec le VIH/sida qui

* Enquête EVAL – Anrs 12-116.

sont conscientes de leur statut sérologique et, d'autre part, leur accès aux soins permet de leur délivrer des messages préventifs pour des surcoûts limités.

Relativement épargné par l'épidémie à ses débuts, le Cameroun est à présent durement touché, avec une prévalence estimée à 5,5 % de la population adulte [30]. Les travaux en anthropologie et en sciences humaines et sociales ont souligné les profondes mutations de la société camerounaise. Ces recherches ont mis en exergue des modifications des rapports inter-sexes et inter-génération [1, 25] et les difficultés de la communication sociale en matière de sexualité et de politique de prévention [11].

Nous avons mis à profit les données collectées au cours de l'enquête EVAL – Anrs 12 116 pour déterminer les facteurs socio-économiques, cliniques et psychosociaux associés à l'utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu chez les personnes vivant avec le VIH/sida suivies à l'hôpital au Cameroun en 2007.

Patients et méthodes

Contexte et population d'étude

Des données socio-économiques et psychosociales (dont l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels) ont été collectées au cours des entretiens en face-à-face menés avec les patients inclus dans l'enquête EVAL – Anrs 12 116, dont la méthodologie a été présentée précédemment (voir Chapitre 3). Rappelons, car cet élément est important dans le cadre d'un questionnaire administré en face-à-face et abordant des domaines « privés » du comportement, que ces entretiens étaient conduits par des enquêteurs spécialement formés à cette fin, disposant d'une bonne connaissance anthropologique de la société camerounaise et, surtout, de façon indépendante des équipes de soins des sites où les personnes vivant avec le VIH/sida répondant à l'enquête ont été recrutées. Des données cliniques ont été collectées à partir des dossiers médicaux.

Les facteurs associés aux comportements sexuels à risque sont potentiellement différents dans le cadre d'une relation stable et dans celui d'une relation occasionnelle. L'analyse présentée dans ce chapitre a été conduite dans le sous-échantillon des personnes vivant avec le VIH/sida se déclarant, au cours des trois mois précédant l'enquête, à la fois sexuellement actifs et engagés dans une relation stable avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu (population d'étude).

Définition de l'utilisation non systématique du préservatif

L'utilisation non systématique du préservatif avec ce partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu au cours des trois derniers mois est définie ici comme le fait de déclarer avoir utilisé le préservatif « presque toujours », « de temps en temps » ou « jamais » durant cette période et, donc, pas de manière systématique (modalité de réponse « toujours »).

Variables explicatives

Les variables socio-démographiques et économiques suivantes ont été testées pour leur association avec l'utilisation non systématique du préservatif : le sexe,

le statut social, l'âge, la zone d'habitation (urbaine ou péri-urbaine, *versus* rurale), le niveau d'étude, l'appartenance à une association de personnes vivant avec le VIH/sida, la consommation excessive d'alcool (binge drinking), définie ici comme le fait de boire trois grandes bouteilles de bière (65 cl) et/ou plus de six verres d'autres boissons alcoolisées en une même occasion, le revenu mensuel du ménage par équivalent adulte.

Par ailleurs, les variables suivantes, relatives à la vie en couple, à l'activité sexuelle et à la parentalité ont également été testées : le fait de vivre en couple, la révélation de la séropositivité au partenaire principal, la fréquence des rapports sexuels, l'existence de partenaires sexuels occasionnels, les antécédents de relations sexuelles forcées, la parentalité (le fait d'avoir au moins un enfant biologique, le désir d'enfant) et la présence d'enfants dans le ménage. Les personnes vivant avec le VIH/sida déclarant être mariées ou en union libre ont été considérées comme vivant en couple, qu'elles partagent ou non le même logement que leur conjoint.

La qualité de vie physique et mentale des personnes vivant avec le VIH/sida a également été prise en compte dans les analyses. Elle a été évaluée à l'aide des scores agrégés PCS (Physical Component Summary) et MCS (Mental Component Summary), calculés à partir des réponses des personnes vivant avec le VIH/sida au questionnaire MOS SF-12® (Medical Outcomes Study 12-Item Short Form Health Survey) [32]. Ces deux scores varient de 0 à 100, un score élevé dénotant une meilleure qualité de vie. Les symptômes perçus par les personnes vivant avec le VIH/sida au cours des quatre dernières semaines ont été évalués à l'aide d'une liste déduite du HIV Symptom Index développé par Justice et coll [14], comprenant à la fois des symptômes généraux et des symptômes liés aux changements de l'apparence physique.

Par ailleurs, les connaissances des personnes vivant avec le VIH/sida sur le mode d'action des antirétroviraux et la nécessité de poursuivre ce type de traitements sur le long terme ont été évaluées à l'aide d'une série de cinq questions (*tableau 1*).

Enfin, les caractéristiques suivantes, relatives au statut clinique des personnes vivant avec le VIH/sida et à leurs traitements, ont également été considérées : le délai depuis le diagnostic de séropositivité au VIH, la personne à l'initiative du test (personnel médical ou la personne vivant avec le VIH/sida elle-même), le stade clinique des Centers for Disease Control (CDC), le traitement reçu, le taux de CD4 au dernier bilan, la survenue d'une hospitalisation au cours des six derniers mois et, enfin, l'observance aux antirétroviraux (définie ici comme l'absence d'interruption de traitement de plus de deux jours au cours des quatre dernières semaines) (voir Chapitre 12).

Analyses statistiques

Nous avons utilisé des modèles de régression logistique, afin d'identifier les facteurs associés à l'utilisation non systématique du préservatif dans la population d'étude. Toutes les variables (à l'exception des variables binaires dont l'une des classes représentait moins de 5 % des individus) ont d'abord été testées dans des analyses univariées. Celles dont la p-valeur associée était inférieure à 0,20 ont été considérées éligibles pour l'analyse multivariée. Une procédure de sélection ascendante pas-à-pas (seuil d'entrée fixé à 0,05) a ensuite été utilisée pour construire le modèle multivarié final. Le niveau de significativité a été fixé

Tableau 1

Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116 sexuellement actives dans les trois mois précédant l'enquête avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu (n = 907)

	%, moyenne (écart-type) ou médiane [IIQ]
Caractéristiques socio-démographiques et économiques	
Âge – <i>en années</i>	36 (8)
Sexe et statut social	
– hommes	33,0
– femmes non chefs de ménage	46,6
– femmes chefs de ménage	20,4
Zone d'habitation	
– urbaine ou semi-urbaine	83,6
– rurale	16,4
Niveau d'étude	
– école primaire	36,4
– collège, enseignement secondaire ou supérieur	63,6
Revenus mensuels du ménage par équivalent adulte × 1 000 francs CFA	13 [7 – 25]
Participation à une association de PVVS	
– non	85,9
– oui	14,1
Consommation excessive d'alcool (<i>binge drinking</i>)	
– non	88,5
– oui	11,5
Caractéristiques liées à la vie en couple, à l'activité sexuelle et à la parentalité	
Vie en couple	
– non	23,4
– oui	76,6
Révélation du statut VIH au partenaire principal	
– statut non révélé	14,1
– ne vit pas en couple	23,4
– statut révélé	62,5
Fréquence des rapports sexuels	
– inférieure à une fois par mois	22,0
– une fois par mois	21,8
– plus d'une fois par mois	46,0
– de plusieurs fois par semaine à tous les jours	10,1
Existence d'un partenaire sexuel occasionnel	
– non	68,0
– oui	32,0
Présence d'enfants dans le ménage	
– non	18,9
– oui	81,1
Existence d'au moins un enfant biologique	
– non	17,4
– oui	82,6
Désir d'enfant	
– ne souhaite pas avoir un (autre) enfant	30,8
– ne peut pas avoir un (autre) enfant	5,3
– souhaite avoir un (autre) enfant	63,9

Comportements sexuels à risque avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu

Antécédents de relations sexuelles forcées	
– non	89,7
– oui	10,3
Caractéristiques cliniques	
Délai depuis le diagnostic de séropositivité VIH – <i>en mois</i>	27 (23)
Personne à l'initiative du test	
– équipe médicale	63,3
– initiative personnelle	36,7
Traitement par ARV	
– non	23,8
– oui	76,2
Interruption de traitement pendant plus de deux jours au cours des quatre dernières semaines	
– non	68,1
– oui	8,0
– non traité	23,8
Stade clinique CDC C	
– non	70,2
– oui	29,8
Taux de CD4 au dernier bilan – <i>en cellules/mm³</i>	321 [213 – 470]
– < 200	23,5
– ≥ 200	76,5
Fréquence des visites à l'hôpital	
– ≤ 1 visite tous les deux mois	39,7
– > 1 visite tous les deux mois	60,3
Qualité de vie et symptômes perçus	
Score de qualité de vie physique	52 [45 – 56]
Score de qualité de vie mentale	45 [38 – 51]
Nombre total de symptômes	6 [3 – 9]
Nombre de symptômes généraux	5 [2 – 7]
Nombre de symptômes liés à une modification de l'aspect physique	0 [0 – 2]
Connaissances concernant les traitements antirétroviraux (ARV)	
La maladie peut être guérie par les ARV	
– non ¹	44,8
– oui/ne sait pas	55,2
Les ARV stabilisent le développement de la maladie	
– non/ne sait pas	9,7
– oui ¹	90,3
Le risque de tomber malade est moindre avec les ARV	
– non/ne sait pas	19,8
– oui ¹	80,1
Une personne qui prend des ARV ne peut pas transmettre le virus	
– non ¹	67,6
– oui/ne sait pas	32,4
Lorsqu'une personne qui prend un traitement ARV se sent mieux, elle n'a plus besoin de prendre ce traitement	
– non ¹	85,9
– oui/ne sait pas	14,1

ARV : antirétroviraux.

IIQ = intervalle interquartile.

¹ Réponse correcte.

à $\alpha = 0,05$. Les estimations des « odds ratios » dans le modèle final ont été systématiquement ajustées sur la fréquence des rapports sexuels, marqueur de l'exposition au risque de transmission du VIH. Deux analyses de sensibilité ont été effectuées, la première en groupant les réponses du type « ne sait pas » aux questions sur les connaissances sur les antirétroviraux avec les réponses « oui », et la seconde en les groupant avec les « non ». Les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant les logiciels SPSS v15.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois, USA) et Intercooled Stata 9 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

Résultats

Caractéristiques de la population d'étude

Parmi les 3 151 personnes vivant avec le VIH/sida participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116, 1 725 (54,7 %) ont déclaré ne pas avoir eu d'activité sexuelle au cours des trois derniers mois (parmi lesquelles, 72 % n'avaient pas de partenaire principal), 91 (2,9 %) ont déclaré avoir eu une activité sexuelle mais pas de rapports avec leur partenaire principal (ou pas de partenaire principal), et 428 (13,6 %) ont déclaré avoir eu une activité sexuelle avec un partenaire principal séroconcordant. La population d'étude est, quant à elle, composée de 907 personnes vivant avec le VIH/sida (soit 28,8 % de l'échantillon total des participants à l'enquête) déclarant des rapports sexuels au cours des trois derniers mois avec un partenaire stable de statut sérodiscordant ou inconnu. Les caractéristiques de ces répondants sont présentées dans le *tableau 1*.

Facteurs associés à l'utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu

Au total, 320 personnes vivant avec le VIH/sida (35,3 % de la population d'étude) ont déclaré une utilisation non systématique du préservatif lors des rapports sexuels avec leur partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu au cours des trois derniers mois. La fréquence de ce comportement est comparable chez les femmes et les hommes (33,8 %, *versus* 36,0 %) ($p = 0,50$).

Les analyses univariées montrent que les facteurs suivants sont associés à un risque accru d'utilisation non systématique du préservatif (*tableau 2*) : ne pas être sous traitement antirétroviral, être une femme qui n'est pas chef de ménage, vivre en zone rurale, avoir un niveau d'étude peu élevé, ne pas être membre d'une association de personnes vivant avec le VIH/sida, vivre en couple (les personnes vivant avec le VIH/sida ayant révélé leur séropositivité à leur partenaire étant toutefois moins à risque d'utilisation non systématique du préservatif que celles qui ont gardé le secret), avoir par ailleurs un (ou des) partenaire(s) sexuel(s) occasionnel(s), avoir un désir d'enfant, avoir un diagnostic d'infection à VIH plus récent, faire moins d'une visite à l'hôpital tous les deux mois, déclarer plus de symptômes et une moins bonne qualité de vie physique. Enfin, les personnes vivant avec le VIH/sida ayant de moins bonnes connaissances sur les antirétroviraux présentent également un risque plus élevé d'utilisation non systématique du préservatif.

L'âge, le niveau de revenus, la fréquence des rapports sexuels, l'observance aux antirétroviraux, le taux de CD4 au dernier bilan et la qualité de vie mentale ne sont pas significativement associés à l'utilisation non systématique du préservatif.

Tableau 2
Facteurs associés à l'utilisation non systématique du préservatif parmi les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116, sexuellement actives avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu dans les trois mois précédant l'enquête (n = 907)

Variables	OR	IC à 95 %	p-valeur	OR ajusté	IC à 95 %	p-valeur
Caractéristiques socio-démographiques et économiques						
Âge*	0,89	0,75-1,05	0,16			
OR pour un incrément de 10 ans						
Sexe et statut social*	1		< 0,0001	1		< 0,0001
– hommes (réf)						
– femmes non chefs de ménage	1,41	1,04-1,92		1,71	1,22-2,41	
– femmes chefs de ménage	0,58	0,38-0,88		0,71	0,45-1,12	
Zone d'habitation*	1		0,05	1		0,02
– urbaine ou semi-urbaine (réf)						
– rurale	1,43	1,00-2,04		1,57	1,06-2,32	
Niveau d'étude*	1		0,001	1		0,004
– collège, enseignement secondaire ou supérieur (réf)						
– école primaire	1,59	1,20-2,11		1,58	1,16-2,14	
Revenus mensuels du ménage par équivalent adulte*	0,79	0,59-1,04	0,09			
OR pour un incrément de 1 log ₁₀						
Participation à une association de PVVS*	1		0,005	1		0,03
– non (réf)						
– oui	0,54	0,35-0,83		0,60	0,38-0,96	
Consommation excessive d'alcool (<i>binge drinking</i>)*	1		0,11	1		0,02
– non (réf)						
– oui	1,40	0,92-2,12		1,72	1,08-2,72	
Caractéristiques liées à la vie en couple, à l'activité sexuelle et à la parentalité						
Vie en couple*	1		0,001	1		0,004
– non (réf)						
– oui	1,76	1,25-2,48		1,75	1,20-2,56	

Tableau 2 (suite)

Facteurs associés à l'utilisation non systématique du préservatif parmi les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116, sexuellement actives avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu dans les trois mois précédant l'enquête (n = 907)

Variables	OR	IC à 95 %	p-valeur	OR ajusté	IC à 95 %	p-valeur
Révélation du statut VIH au partenaire principal¹						
– statut non révélé (réf)	1		0,001			
– ne vit pas en couple	0,41	0,26-0,65				
– statut révélé	0,67	0,45-0,98				
Fréquence des rapports sexuels*						
– inférieure à une fois par mois (réf)	1		0,54	1		0,78
– une fois par mois	1,11	0,73-1,68		1,07	0,68-1,67	
– plus d'une fois par mois	1,14	0,80-1,63		1,09	0,74-1,60	
– de plusieurs fois par semaine à tous les jours	1,46	0,88-2,43		1,33	0,77-2,32	
Existence d'un partenaire sexuel occasionnel*						
– non (réf)	1		< 0,0001	1		< 0,0001
– oui	1,71	1,28-2,28		1,91	1,39-2,62	
Présence d'enfants dans le ménage*						
– non (réf)	1		0,17	1		0,02
– oui	0,79	0,56-1,11		0,64	0,44-0,94	
Existence d'au moins un enfant biologique						
– non (réf)	1		0,68			
– oui	0,93	0,65-1,32				
Désir d'enfant*						
– ne souhaite pas avoir un (autre) enfant (réf)	1		0,02			
– ne peut pas avoir un (autre) enfant	1,78	0,95-3,33				
– souhaite avoir un (autre) enfant	1,52	1,12-2,07				
Antécédents de relations sexuelles forcées						
– non (réf)	1		0,78			
– oui	1,06	0,68-1,66				

Tableau 2 (suite)
Facteurs associés à l'utilisation non systématique du préservatif parmi les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116, sexuellement actives avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu dans les trois mois précédant l'enquête (n = 907)

Variables	OR	IC à 95 %	p-valeur	OR ajusté	IC à 95 %	p-valeur
Caractéristiques cliniques						
Délai depuis le diagnostic de séropositivité VIH*						
– Odd ratio pour un incrément de 1 mois	0,99	0,98-0,99	0,003			
Personne à l'initiative du test*						
– équipe médicale (réf)	1		0,17			
– initiative personnelle	0,82	0,62-1,09				
Traitement par ARV*						
– oui (réf)	1		< 0,0001	1		< 0,0001
– non	2,44	1,78-3,33		2,28	1,64-3,18	
Interruption de traitement pendant plus de deux jours au cours des quatre dernières semaines ²						
– non (réf)	1		< 0,0001			
– oui	1,31	0,79-2,19				
– non traité	2,51	1,83-3,45				
Stade clinique CDC C						
– non (réf)	1		0,21			
– oui	0,82	0,61-1,11				
Taux de CD4 au dernier bilan*						
Odd ratio pour un incrément de 50 cellules/mm ³	0,97	0,94-1,00	0,079			
Fréquence des visites à l'hôpital*						
– ≤ 1 visite tous les deux mois (réf)	1		< 0,0001			
– > 1 visite tous les deux mois	0,61	0,46-0,80				

Tableau 2 (fin)
Facteurs associés à l'utilisation non systématique du préservatif parmi les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) participant à l'enquête EVAL – Anrs 12 116, sexuellement actives avec un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu dans les trois mois précédant l'enquête (n = 907)

Variables	OR	IC à 95 %	p-valeur	OR ajusté	IC à 95 %	p-valeur
Qualité de vie (QdV) et symptômes perçus						
QdV physique*	0,98	0,96-0,99	0,008			
– Odd ratio pour un incrément de 1 point sur le score						
QdV mentale	0,99	0,98-1,01	0,40			
– Odd ratio pour un incrément de 1 point sur le score						
Nombre de symptômes généraux*	1,05	1,01-1,09	0,01			
– Odd ratio pour un incrément de 1 symptôme						
Nombre de symptômes liés à une modification de l'aspect physique	1,04	0,97-1,12	0,30			
– Odd ratio pour un incrément de 1 symptôme						
Connaissances concernant les traitements antirétroviraux (ARV)						
La maladie peut être guérie par les ARV*	1		0,15			
– non (réf)						
– oui/ne sait pas ³	1,22	0,93-1,61				
Les ARV stabilisent le développement de la maladie*	1		0,02			
– non/ne sait pas ³ (réf)						
– oui	0,59	0,38-0,92				
Le risque de tomber malade est moindre avec les ARV*	1		0,07			
– non/ne sait pas ³ (réf)						
– oui	0,73	0,52-1,02				
Une personne qui prend des ARV ne peut pas transmettre le virus*	1		< 0,0001	1		0,004
– non (réf)						
– oui/ne sait pas ³	1,84	1,38-2,45		1,58	1,16-2,16	
Lorsqu'une personne qui prend des ARV se sent mieux, elle n'a plus besoin de prendre ce traitement*	1		0,0009			
– non (réf)						
– oui/ne sait pas ³	1,90	1,30-2,77				

IC = intervalle de confiance ; OR = odds ratio.

* Variables incluses dans l'analyse multivariée.

¹ Cette variable n'a pas été incluse dans l'analyse multivariée, en raison de sa corrélation avec la variable « Vie en couple ».

² Cette variable n'a pas été incluse dans l'analyse multivariée en raison de sa corrélation avec la variable « Traitement par antirétroviraux ».

³ Les réponses du type « ne sait pas » ont été groupées avec les réponses incorrectes.

La plupart des associations significatives en univarié sont confirmées après ajustement multivarié (*tableau 2*). La variable « fréquence des visites à l'hôpital » n'a toutefois pas été retenue dans le modèle multivarié final, car elle n'est plus significative au seuil de 0,05 après ajustement sur les autres variables. Les résultats des deux analyses de sensibilité confirment la stabilité du modèle multivarié, les facteurs identifiés comme étant indépendamment associés à l'utilisation non systématique du préservatif restant, pour l'essentiel, les mêmes, à l'exception de la variable « une personne qui prend des antirétroviraux ne peut pas transmettre le virus », qui n'est plus significative après avoir regroupé les réponses du type « ne sait pas » avec les réponses « non » (résultats non décrits ici).

Discussion

Bien qu'elle ne soit pas l'objet détaillé de ce chapitre, la proportion élevée de personnes vivant avec le VIH/sida, plus de la moitié de l'échantillon total de l'enquête EVAL – Anrs 12 116, se déclarant sexuellement abstinentes au moment de l'enquête, doit être soulignée. Elle a déjà été observée dans une enquête antérieure auprès d'une population comparable de personnes vivant avec le VIH/sida en contact avec le système de soins en Côte d'Ivoire [22] ; une telle abstinence fait souvent partie des conseils donnés par les professionnels de santé, suite à la découverte de la séropositivité au VIH et peut constituer une des stratégies mises en œuvre par les personnes vivant avec le VIH/sida pour gérer, au quotidien, les interactions avec leur environnement personnel et social. Dans une autre analyse portant sur l'enquête EVAL – Anrs 12 116, il a par exemple été montré un lien statistiquement significatif entre le recours à l'abstinence et le fait de ne pas révéler sa séropositivité à l'entourage [20].

L'analyse présentée dans ce chapitre souligne la persistance de comportements sexuels à risque dans la sous-population des personnes vivant avec le VIH/sida suivies dans les hôpitaux camerounais en 2007 et qui se déclarent sexuellement actives au moment de l'enquête EVAL. Les résultats montrent cependant que les comportements à risque de transmission du VIH sont significativement moins fréquents chez les personnes vivant avec le VIH/sida ayant accès au traitement antirétroviral, même après ajustement multivarié sur les facteurs sociaux, comportementaux et cliniques susceptibles d'interférer avec la sexualité. Cette étude est la première au Cameroun et, à notre connaissance, en Afrique sub-saharienne, à explorer l'association entre antirétroviraux et comportements sexuels à risque sur un échantillon représentatif des personnes vivant avec le VIH/sida suivies à l'hôpital. Elle est toutefois limitée par son caractère transversal, qui rend impossible une évaluation des changements de comportements avant/après la mise sous traitement. De plus, elle se concentre sur les personnes vivant avec le VIH/sida suivies dans les centres de soins, qui ne sont pas forcément représentatives de l'ensemble de ces personnes [5], et se base sur les déclarations des personnes vivant avec le VIH/sida, qui, comme dans toute enquête de ce type, peuvent être affectées par un biais de désirabilité sociale [13].

Néanmoins, les résultats obtenus confirment ceux d'études précédentes menées en Côte d'Ivoire [22] et en Afrique du Sud [12, 18], dans lesquelles de 30 à 44 % des personnes vivant avec le VIH/sida déclarent des comportements sexuels à risque. De plus, l'association trouvée entre absence de traitement antirétroviral et comportements sexuels à risque rejoint la conclusion de la méta-analyse de

Crepaz et coll. sur des données collectées dans les pays du Nord, qui souligne que les personnes vivant avec le VIH/sida traitées n'ont pas plus de comportements sexuels à risque que les non traitées [7]. Dans les pays à ressources limitées, la plupart des études qui se sont intéressées à ce sujet ont abouti à la même conclusion [3, 4, 17, 18, 22, 27], sur des populations de personnes vivant avec le VIH/sida suivies dans un centre de soins du VIH donné ou vivant dans une aire géographique délimitée.

Toutefois, l'étude de Diabate et coll. menée en Côte d'Ivoire [10] montre une augmentation significative des comportements sexuels à risque après six mois de traitement antirétroviral. À notre connaissance, il s'agit de la seule étude qui documente une augmentation des comportements sexuels à risque après l'initiation des antirétroviraux dans le contexte de pays à ressources limitées. Une telle augmentation a déjà été décrite dans les pays du Nord, mais sur des sous-populations spécifiques, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes [29] ou encore les jeunes [26]. Dans la présente étude, la fréquence moins élevée de comportements sexuels à risque chez les personnes vivant avec le VIH/sida traitées peut être due à une meilleure information sur les stratégies de prévention, du fait que les messages d'information sont essentiellement donnés au moment du diagnostic et de la mise sous antirétroviraux. On peut également supposer que le soutien psychosocial offert aux personnes vivant avec le VIH/sida sous traitement, en particulier en termes d'accompagnement à l'observance, crée des conditions favorables, non seulement pour un meilleur suivi des prescriptions médicales, mais aussi pour une plus grande attention aux comportements de prévention en général. C'est ce que suggèrent les résultats d'une étude récente menée au Kenya, qui montre que la fréquence des comportements sexuels à risque est moins élevée chez des personnes vivant avec le VIH/sida traitées par antirétroviraux, qui bénéficient d'un accompagnement à l'observance, que chez des personnes vivant avec le VIH/sida recevant seulement une thérapie préventive par cotrimoxazole/isoniazide [27], malgré des calendriers de visites dans les centres cliniques identiques.

La présente étude montre également que la fréquence des comportements sexuels à risque est moins élevée chez les individus qui appartiennent à des associations de patients, et plus élevée chez ceux qui connaissent mal le mode d'action des antirétroviraux, mettant ainsi en évidence l'impact majeur de l'accès à l'information sur l'adoption de comportements de prévention.

Par ailleurs, les résultats montrent une fréquence plus élevée des comportements sexuels à risque chez les femmes qui ne sont pas chefs de ménage et chez les individus vivant en couple. Cela confirme les résultats préliminaires des entretiens menés dans le cadre du volet qualitatif de l'enquête EVAL – Anrs 12 116, qui mettent en avant la pression sociale vécue par certaines femmes en proie à la peur d'être exposées à la violence de leur partenaire ou répudiées. Cela souligne également la vulnérabilité des femmes et leur manque de pouvoir pour négocier l'utilisation du préservatif avec leur partenaire [24]. En effet, celui-ci leur apporte souvent un soutien financier dont elles peuvent se sentir redevables, comme le montre l'étude de V. Petit et L. Tchegnina sur la sexualité transactionnelle, fort répandue dans les différents groupes sociaux au Cameroun [25]. Plus généralement, ce résultat souligne les difficultés associées à l'utilisation du préservatif dans le cadre d'une relation stable [23].

Enfin, les résultats confirment également qu'un niveau d'étude peu élevé et le fait d'habiter en zone rurale sont associés à un risque plus élevé d'utilisation non systématique du préservatif [28, 31] et mettent en évidence l'impact négatif de l'abus d'alcool, comme cela a déjà été observé dans d'autres études menées dans des pays à ressources limitées [6, 10, 15, 16, 18, 19, 22, 33].

Conclusion

En conclusion, la présente étude apporte un message plutôt encourageant dans le contexte du programme national camerounais d'accès aux antirétroviraux. Cependant, les résultats obtenus doivent être confirmés sur des données longitudinales, du type de celles qui sont actuellement collectées dans le cadre de l'essai Stratall – Anrs 12 110.

Ils soulignent la nécessité de développer des actions de soutien et d'accompagnement des personnes vivant avec le VIH/sida à chaque étape de leur suivi, en particulier pour celles qui ne sont pas traitées par antirétroviraux, qui n'ont bien souvent que des contacts limités et épisodiques avec les structures de soins. Étant donnée l'augmentation quasi-quotidienne de la file active des hôpitaux prenant en charge des personnes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud, l'implication de ressources externes au système de soins, comme les associations de personnes vivant avec le VIH/sida, dans la mise en place de telles actions de soutien est primordiale.

Dans l'un de ses derniers ouvrages [2], l'anthropologue Séverin Cécile Abega, à qui cet ouvrage est dédié, met en relation la question de la transmission sexuelle du VIH avec des tendances historiques lourdes des sociétés africaines. Il rappelle que, dans ces sociétés, « à aucun moment, le corps n'a appartenu à l'individu », et que « la sexualité a souvent été investie au bénéfice du groupe (la famille, le lignage, la tribu) ». Comment des personnes qui ont une faible emprise sur leur propre corps « à cause d'un modèle mis en place avant la colonisation » mais qui s'est maintenu en se transformant, « y compris au sein des États indépendants », peuvent-ils devenir des acteurs responsables de la prévention ? Beaucoup des difficultés, mais aussi des opportunités qu'offre l'accès élargi au traitement antirétroviral pour la prévention de la dynamique épidémique du VIH/sida se jouent sans doute dans cette question anthropologique.

Références bibliographiques

1. Abega SC. La sexualité des jeunes et le sida au Cameroun. *Sociétés d'Afrique & sida* 1996 ; 2-3.
2. Abega SC. *Les violences sexuelles et l'État au Cameroun*. Karthala, Paris, 2007.
3. Bateganya M, Colfax G, Shafer LA, *et al*. Antiretroviral therapy and sexual behavior : a comparative study between antiretroviral – naive and – experienced patients at an urban HIV/AIDS care and research center in Kampala, Uganda. *AIDS Patient Care STDS* 2005 ; 19 : 760-8.
4. Bunnell R, Ekwaru JP, Solberg P, *et al*. Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *Aids* 2006 ; 20 : 85-92.
5. Bunnell R, Opio A, Musinguzi J, *et al*. HIV transmission risk behavior among HIV-infected adults in Uganda : results of a nationally representative survey. *Aids* 2008 ; 22 : 617-24.
6. Coldiron ME, Stephenson R, Chomba E, *et al*. The relationship between alcohol consumption and unprotected sex among known HIV-discordant couples in Rwanda and Zambia. *AIDS Behav* 2008 ; 12 : 594-603.
7. Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior : a meta-analytic review. *Jama* 2004 ; 292 : 224-36.
8. Desclaux A. L'État contre la santé publique ? *Sociologie Santé* 1995 ; 13 : 87.
9. Desclaux A, Eboko F, Raynaud C. Les jeunes face au sida en Afrique. Un champ à explorer. *Sociétés d'Afrique & sida* 1996.
10. Diabate S, Alary M, Koffi CK. Short-term increase in unsafe sexual behaviour after initiation of HAART in Cote d'Ivoire. *Aids* 2008 ; 22 : 154-6.
11. Eboko F. L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida. *Politique africaine* 1996 ; 64 : 135-45.
12. Eisele TP, Mathews C, Chopra M, *et al*. High levels of risk behavior among people living with HIV Initiating and waiting to start antiretroviral therapy in Cape Town South Africa. *AIDS Behav* 2008 ; 12 : 570-7.
13. Gallo MF, Behets FM, Steiner MJ, *et al*. Validity of self-reported "safe sex" among female sex workers in Mombasa, Kenya – PSA analysis. *Int J STD AIDS* 2007 ; 18 : 33-8.
14. Justice AC, Holmes W, Gifford AL, *et al*. Development and validation of a self-completed HIV symptom index. *J Clin Epidemiol* 2001 ; 54 Suppl 1 : S77-90.
15. Kalichman SC, Simbayi LC, Kaufman M, Cain D, Jooste S. Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa : systematic review of empirical findings. *Prev Sci* 2007 ; 8 : 141-51.
16. Kalichman SC, Simbayi LC, Vermaak R, Cain D, Jooste S, Peltzer K. HIV/AIDS risk reduction counseling for alcohol using sexually transmitted infections clinic patients in Cape Town, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 ; 44 : 594-600.
17. Kennedy C, O'Reilly K, Medley A, Sweat M. The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries : a systematic review. *AIDS Care* 2007 ; 19 : 707-20.

18. Kiene SM, Christie S, Cornman DH, *et al.* Sexual risk behaviour among HIV-positive individuals in clinical care in urban KwaZulu-Natal, South Africa. *Aids* 2006 ; 20 : 1781-4.
19. Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. Alcohol use and extramarital sex among men in Cameroon. *BMC Int Health Hum Rights* 2007 ; 7 : 6.
20. Loubière S, Peretti-Watel P, Boyer S, Blanche J, Abega SC, Spire B. HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon : Results from the Anrs-EVAL study. *Soc Sci Med* 2009 ; 69 : 885-91.
21. Marcellin F, Boyer S, Protopopescu C, *et al.* Determinants of unplanned antiretroviral treatment interruptions among people living with HIV in Yaounde, Cameroon (EVAL survey, Anrs 12-116). *Trop Med Int Health* 2008 ; 13 : 1470-8.
22. Moatti JP, Prudhomme J, Traore DC, Juillet-Amari A, Akribi HA, Msellati P. Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Cote d'Ivoire. *Aids* 2003 ; 17 Suppl 3 : S69-77.
23. Moore AR, Oppong J. Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS in Togo. *Soc Sci Med* 2007 ; 64 : 1057-66.
24. Peretti-Watel P, Spire B, Schiltz MA, *et al.* Vulnerability, unsafe sex and non-adherence to HAART : evidence from a large sample of French HIV/AIDS outpatients. *Soc Sci Med* 2006 ; 62 : 2420-33.
25. Petit V, Tchegnina L. Les enjeux de la sexualité transactionnelle pré-maritale en milieu urbain camerounais. *Autrepart – La fabrique des identités sexuelles* 2009 ; 4 : 205-22.
26. Rice E, Batterham P, Rotheram-Borus MJ. Unprotected sex among youth living with HIV before and after the advent of highly active antiretroviral therapy. *Perspect Sex Reprod Health* 2006 ; 38 : 162-7.
27. Sarna A, Luchters SM, Geibel S, *et al.* Sexual risk behaviour and HAART : a comparative study of HIV-infected persons on HAART and on preventive therapy in Kenya. *Int J STD AIDS* 2008 ; 19 : 85-9.
28. Schiltz MA, Sandfort TG. HIV-positive people, risk and sexual behaviour. *Soc Sci Med* 2000 ; 50 : 1571-88.
29. Stolte IG, Dukers NH, Geskus RB, Coutinho RA, de Wit JB. Homosexual men change to risky sex when perceiving less threat of HIV/AIDS since availability of highly active antiretroviral therapy : a longitudinal study. *Aids* 2004 ; 18 : 303-9.
30. UNAIDS. *Report on the global AIDS epidemic*. WHO-UNAIDS, 2008.
31. Voeten HA, Egesah OB, Habbema JD. Sexual behavior is more risky in rural than in urban areas among young women in Nyanza province, Kenya. *Sex Transm Dis* 2004 ; 31 : 481-7.
32. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey : construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996 ; 34 : 220-33.
33. Weiser SD, Leiter K, Heisler M, *et al.* A population-based study on alcohol and high-risk sexual behaviors in Botswana. *PLoS Med* 2006 ; 3 : e392.



Chapitre 15

Désir d'enfant chez les femmes infectées par le VIH recevant un traitement antirétroviral au Cameroun : enquête EVAL – Anrs 12 116

Fabienne MARCELLIN, Camelia PROTOPODESCU, Claude ABÉ, Sylvie BOYER, Jérôme BLANCHE, Pierre ONGOLO-ZOGO, Sinata KOULLA-SHIRO, Jean-Paul MOATTI, Maria-Patrizia CARRIERI, Bruno SPIRE et le groupe d'étude EVAL – Cameroun

L'Afrique sub-saharienne demeure la région du monde la plus sévèrement touchée par l'épidémie de VIH/Sida, avec une majorité de femmes parmi les personnes infectées [28]. Nombre de ces femmes sont en âge de procréer et, malgré l'infection, leur désir de maternité reste fort. La persistance de ce désir d'enfant, en dépit de la maladie chez les femmes vivant avec le VIH/sida, est depuis longtemps décrite en Afrique [3, 5, 6, 8, 9, 23] comme une réponse à des aspirations autant personnelles que culturelles, économiques et sociales [1], dans un contexte socio-culturel où la maternité est considérée comme l'un des piliers de l'identité féminine [9]. La santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH/sida en Afrique est l'objet d'une attention croissante¹. Cependant, alors que de nombreux pays africains ont mis en place des programmes nationaux visant à améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux, les déterminants des choix et désirs de reproduction des femmes vivant avec le VIH/sida qui reçoivent ce type de traitements sont encore peu documentés [14, 18, 19].

Cette question est pourtant décisive au Cameroun, l'un des pays d'Afrique centrale et de l'Ouest les plus touchés par l'épidémie de VIH/sida [29], avec une population jeune (48 % des individus ont moins de 49 ans) et un taux de fertilité élevé (4,5 enfants par femme) [32]. Nous avons utilisé des données collectées au cours de l'enquête EVAL – Anrs 12 116, afin d'explorer les facteurs socio-économiques, cliniques et psychosociaux associés au désir d'enfant chez les femmes vivant avec le VIH/sida fertiles et en âge de procréer qui ont accès aux antirétroviraux dans ce pays.

Méthodes

Patients

Cette étude est basée sur les données collectées au cours de l'enquête EVAL – Anrs 12-116 dont la méthodologie est décrite dans le chapitre 3. Les analyses

¹ Cf. site internet : Resources for HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health Integration, <http://www.hivandsrh.org/>

présentées dans le présent chapitre concernent la sous-population des femmes vivant avec le VIH/sida, fertiles, âgées de moins de 50 ans et sous traitement antirétroviral au moment de l'enquête.

Définition du désir d'enfant

Au cours des entretiens en face-à-face de l'enquête EVAL, les femmes vivant avec le VIH/sida ont été interrogées au sujet de leur désir d'enfant, avec les réponses possibles suivantes : 1) oui, je souhaite avoir un (autre) enfant ; 2) non, je ne souhaite pas avoir un (autre) enfant ; 3) je suis enceinte ; 4) je ne peux pas avoir un (autre) enfant (infertilité, ménopause, etc.). Dans cette étude, les femmes ayant donné la réponse (1) ont été considérées comme exprimant un désir d'enfant. Les femmes ayant donné la réponse (4) ont été exclues de l'analyse. Certaines grossesses pouvant ne pas avoir été désirées, les femmes enceintes, c'est-à-dire celles ayant donné la réponse (3), ont également été exclues de l'analyse.

Variables explicatives

Les variables testées décrivent les domaines suivants : maternité et activité sexuelle (âge, statut matrimonial, nombre d'enfants biologiques, fréquence des rapports sexuels, utilisation de la contraception) ; relations sociales (révélation de la séropositivité au partenaire principal, soutien moral de la famille et/ou du partenaire principal) ; statut socio-économique (niveau d'étude, zone d'habitation, statut de chef de ménage, nombre d'adultes et d'enfants composant le ménage, nombre de personnes contribuant aux revenus du ménage, statut professionnel, revenus mensuels du ménage) ; caractéristiques cliniques (délai depuis le diagnostic de séropositivité au VIH, diagnostic effectué durant la grossesse, taux de CD4 au dernier bilan et à l'initiation des antirétroviraux, stade clinique des Centers for Disease Control CDC) ; vécu du traitement (délai depuis l'initiation des antirétroviraux, nombre de symptômes perçus au cours des quatre dernières semaines) ; qualité de vie physique et mentale. Enfin, les connaissances et les croyances des femmes vivant avec le VIH/sida concernant cette maladie et les antirétroviraux ont également été testées (en utilisant trois questions sur l'origine de la maladie, six questions sur ses modes de transmission, et cinq questions sur les modes d'action des antirétroviraux). Nous supposons, en effet, que ces dernières pouvaient avoir une influence sur la perception qu'ont ces femmes de leur maladie et, par conséquent, sur leur vision de leur propre avenir. Les symptômes perçus ont été mesurés à l'aide d'une liste de 27 items, basée sur le HIV symptom index, développé par Justice et coll. [13], et comprenant 18 symptômes généraux souvent observés sous thérapie antirétrovirale² [2] et neuf symptômes liés aux modifications de l'aspect physique³ [10].

² Nausées, vomissements, brûlures d'estomac, douleurs abdominales, modifications du goût, calculs dans les reins ou la vessie, diarrhées, maux de tête, fatigue, fièvre, difficultés d'endormissement ou insomnies, fourmillement autour de la bouche, douleurs musculaires, douleurs des membres inférieurs (neuropathies), démangeaisons de la peau, hallucinations et vertiges, difficultés ou troubles de la sexualité, problèmes au niveau des ongles ou des cheveux.

³ Modification de l'aspect physique général, amaigrissement des joues, augmentation du ventre ou du tour de taille, amaigrissement des bras, amaigrissement des fesses, amaigrissement des jambes, augmentation des veines des jambes, augmentation du tour de poitrine, présence d'une boule ou d'une bosse autour de la nuque.

La qualité de vie a été mesurée en utilisant l'échelle générique MOS SF-12® (medical outcomes study 12-item short-form health survey ») [30, 31], qui permet d'en explorer les dimensions physique et mentale, par l'intermédiaire de deux scores globaux : le PCS (physical component summary) et le MCS (mental component summary) variant de 0 à 100, un score élevé dénotant une meilleure qualité de vie.

Analyses statistiques

Trois scores agrégés ont été calculés, afin de résumer l'information concernant les connaissances et les croyances des femmes vivant avec le VIH/sida au sujet de l'origine de cette affection (score variant de 0 à 3), ses modes de transmission (score variant de 0 à 6) et, finalement, les modes d'action des antirétroviraux (score variant de 0 à 5). À cette fin, pour chaque question, une note de 1 a été attribuée en cas de réponse correcte et un score de 0 en cas de réponse incorrecte ou du type « Ne sait pas ». Ces notes ont ensuite été additionnées pour obtenir les scores agrégés. Ainsi, un score agrégé élevé dénote une meilleure connaissance.

Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour identifier les facteurs associés au désir d'enfant. Chaque variable, à l'exception des variables catégorielles dont au moins une des classes contenait moins de 5 % des individus, a d'abord été testée dans un modèle univarié. Les variables dont la p-valeur était inférieure à 0,25 dans ces modèles ont ensuite été testées dans une analyse multivariée⁴. Concernant les variables de connaissances et de croyances, les scores agrégés ont été testés dans l'analyse multivariée, de préférence aux variables individuelles. Une procédure de sélection ascendante pas-à-pas a été utilisée pour déterminer le modèle multivarié final (seuil d'entrée fixé à $p = 0,05$). Le seuil de significativité a été fixé à $\alpha = 0,05$ pour tous les tests. Les analyses ont été effectuées en utilisant les logiciels SPSS version 14.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA) et SAS version 9.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) pour Windows.

Résultats

Caractéristiques des femmes vivant avec le VIH/sida en âge de procréer recevant des antirétroviraux dans l'enquête EVAL – Anrs 12 116

Parmi les 2 466 participants à EVAL recevant des antirétroviraux au moment de l'enquête, 1 746 étaient des femmes, dont 234 ne pouvaient pas avoir d'enfants, 55 avaient plus de 50 ans, 23 étaient enceintes et une n'avait pas répondu à la question sur son désir d'enfant. Les analyses ont porté sur les 1 433 autres femmes répondantes, fertiles et en âge de procréer.

L'âge médian [intervalle interquartile] dans cette population était de 33 [29-39] ans (*tableau 1*), avec un minimum de 21 ans et un maximum de 49 ans. Environ quatre femmes sur dix vivaient en couple au moment de l'enquête, 26 % étaient mariées,

⁴ Les variables « délai depuis le diagnostic VIH » et « nombre d'enfants dans le ménage » n'ont pas été introduites dans l'analyse multivariée, en raison de leur forte corrélation avec la variable « délai depuis la mise sous antirétroviraux » pour la première, et « nombre d'enfants biologiques » pour la seconde.

Tableau 1
**Caractéristiques des 1 433 femmes vivant avec le VIH/sida (FVVS) fertiles
 et en âge de procréer traitées par antirétroviraux (ARV)
 dans l'enquête EVAL – Anrs 12 116 au Cameroun**

Maternité, activité sexuelle et relations sociales	% de femmes ou médiane [IIQ]
Âge – années	33 [29-39]
Statut matrimonial	
– célibataire, veuve ou divorcée	62,0
– mariée	26,3
– en union libre ou en relation stable	11,7
Nombre d'enfants biologiques	2 [1-3]
Fréquence des rapports sexuels	
– une fois par mois ou moins souvent	76,4
– au moins deux fois par mois	23,6
Utilisation de la contraception	
– absence d'activité sexuelle	39,8
– non-utilisation de la contraception	19,7
– utilisation de la contraception	40,5
Révélation de la séropositivité au partenaire principal	
– séropositivité non révélée (ou absence de partenaire principal)	59,7
– révélation à un partenaire principal séropositif	10,3
– révélation à un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu	30,0
Soutien de la part de la famille et/ou du partenaire principal	
– non	27,4
– oui	72,6
Statut socio-économique	
Niveau d'étude	
– école primaire	41,0
– collège, enseignement secondaire ou supérieur	59,0
Zone d'habitation	
– urbaine ou péri-urbaine	79,5
– rurale	20,5
Être le chef de ménage	
– non	58,9
– oui	41,1
Nombre d'adultes dans le ménage	3 [2-4]
Nombre d'enfants dans le ménage	2 [1-4]
Nombre de personnes contribuant aux revenus du ménage	
– 1 personne	67,5
– 2 personnes ou plus	32,5
Statut professionnel	
– inactive	33,4
– active	66,6
Revenus mensuels du ménage × 1 000 francs CFA	37 [22-60]

Caractéristiques cliniques	
Délai depuis le diagnostic de séropositivité VIH – mois	22 [12-39]
Taux de CD4 – cellules/mm ³	
– au dernier bilan	321 [222-457]
– à l'initiation des ARV	124 [62-177]
< 200	
– non	18,6
– oui	81,4
Stade CDC C	
– non	62,7
– oui	37,3
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	
– aucune	87,9
– au moins une	12,1
Vécu du traitement	
Délai depuis l'initiation des ARV – mois	15 [7-26]
Nombre total de symptômes perçus ¹	6 [3-9]
Nombre de symptômes généraux ¹	5 [3-7]
Nombre de symptômes liés à une modification de l'aspect physique ¹	1 [0-3]
Qualité de vie	
Score physique (PCS ²)	52 [45-56]
Score mental (MCS ²)	43 [37-50]
Diagnostic de séropositivité VIH effectué au cours d'une grossesse	
– non	89,2
– oui	10,8

IIQ = intervalle interquartile.

¹ Au cours des quatre dernières semaines – *symptômes généraux* : nausées, vomissements, brûlures d'estomac, douleurs abdominales, modifications du goût, calculs dans les reins ou la vessie, diarrhées, maux de tête, fatigue, fièvre, difficultés d'endormissement ou insomnies, fourmillement autour de la bouche, douleurs musculaires, douleurs des membres inférieurs (neuropathies), démangeaisons de la peau, hallucinations et vertiges, difficultés ou troubles de la sexualité, problèmes au niveau des ongles ou des cheveux – *symptômes liés à une modification de l'aspect physique* : modification de l'aspect physique général, amaigrissement des joues, augmentation du ventre ou du tour de taille, amaigrissement des bras, des fesses, des jambes, augmentation des veines des jambes, du tour de poitrine, présence d'une boule ou d'une bosse autour de la nuque.

² Scores de qualité de vie physique (Physical Component Summary, PCS) et mentale (Mental Component Summary, MCS) calculés à partir de l'échelle MOS SF-12®.

et la moitié avait au moins deux enfants biologiques. Seulement 19 % ont déclaré avoir des rapports sexuels et ne pas utiliser de moyen de contraception. Parmi les femmes sexuellement actives utilisant un moyen de contraception, les méthodes les plus souvent utilisées étaient le préservatif (91 % des femmes) et l'abstinence sexuelle ou le retrait (15 % des femmes). Les autres méthodes (pilule, implant, méthodes traditionnelles) ont été rarement rapportées. Seules 24 % des femmes ont déclaré avoir au moins deux rapports sexuels par mois, et 40 % avoir révélé leur séropositivité à leur partenaire principal.

Concernant le statut socio-économique, la plupart des femmes vivant avec le VIH/sida de l'étude (79 %) vivaient en zone urbaine ou péri-urbaine. 41 % ont déclaré être à la tête de leur ménage, parmi lesquelles neuf sur dix ont dit être

la seule personne à contribuer aux revenus du ménage. La moitié des femmes vivant avec le VIH/sida de l'étude avait été diagnostiquée pour son infection à VIH 22 mois auparavant, et ce diagnostic avait été effectué au cours d'une grossesse pour 11 % d'entre elles.

37 % des femmes étaient en stade clinique CDC C au moment de l'enquête. Leur durée médiane [intervalle interquartile] sous traitement était de 15 mois [7-26]. Le nombre médian de symptômes perçus au cours des quatre dernières semaines était de 6 [3-9]. Parmi les symptômes généraux, la fatigue et les maux de tête étaient ceux les plus souvent déclarés (59 % et 52 % des femmes concernées). Parmi les symptômes liés à une modification de l'aspect physique, la modification de l'aspect physique général et une augmentation du ventre ou du tour de taille étaient les plus souvent déclarées (40 % et 22 % des femmes concernées). Par ailleurs, plus de neuf femmes sur dix avaient des scores de qualité de vie physique et mentale supérieurs à 25, sur une échelle allant de 0 à 100.

La quasi-totalité des femmes était informée de l'origine virale du VIH/sida et connaissait ses principaux modes de transmission (rapports sexuels non protégés, transfusion sanguine), ainsi que la capacité des antirétroviraux à stabiliser la progression de la maladie (*tableau 2*). En outre, plus de huit femmes sur dix savaient qu'un bébé né de mère séropositive peut être infecté durant la grossesse ou l'accouchement, qu'on ne peut pas être infecté en buvant dans le même verre qu'une personne séropositive, que le risque de tomber malade est moindre avec les antirétroviraux, et qu'une personne qui prend ces médicaments et se sent mieux ne doit pas pour autant arrêter de prendre son traitement. Cependant, seulement quatre femmes sur dix savaient que le VIH/sida ne peut pas être « guéri » par les antirétroviraux. Par ailleurs, les avis des femmes au sujet des liens causaux entre pauvreté et VIH ou encore entre forces surnaturelles et VIH étaient également variables. Il en était de même sur le risque d'être infecté par le VIH en étant piqué par un moustique ou en échangeant des baisers avec une personne séropositive. Enfin, 11 % des femmes pensaient qu'une personne qui prend des antirétroviraux ne peut pas transmettre le virus.

Facteurs associés au désir d'enfant

Au total, 791 des femmes de la population d'étude (55 %) ont exprimé le désir d'avoir un (autre) enfant dans le futur. Les facteurs suivants se sont révélés significativement associés au désir d'enfant (analyses univariées) : un jeune âge, être mariée ou en union libre, avoir au moins deux rapports sexuels par mois, avoir révélé sa séropositivité à son partenaire principal, se sentir soutenue par sa famille ou son partenaire principal et le nombre d'enfants biologiques (les femmes ayant déjà plusieurs enfants exprimant logiquement moins souvent que les autres le désir d'une nouvelle maternité) (*tableau 3*). Les analyses univariées ont également permis d'identifier un certain nombre de corrélats socio-économiques du désir d'enfant : avoir un niveau d'étude supérieur à l'école primaire, habiter en zone urbaine ou péri-urbaine, ne pas être chef de ménage, ne pas avoir d'activité professionnelle, vivre dans un ménage à revenus relativement élevés, où au moins deux personnes contribuent aux revenus, et un moindre nombre d'enfants dans le ménage. S'agissant des caractéristiques cliniques et de la perception par les femmes de leur état de santé, les facteurs suivants étaient également significativement associés au désir d'enfant : un diagnostic de

Tableau 2

Connaissances et croyances au sujet du VIH/sida et des antirétroviraux (ARV) chez 1 433 femmes vivant avec le VIH/Sida (FVVS) fertiles et en âge de procréer traitées par antirétroviraux (ARV) dans l'enquête EVAL – Anrs 12 116 au Cameroun

	% de femmes
Origines du VIH/sida	
Le VIH/sida est causé par la pauvreté	
– non ¹	67,5
– oui	19,2
– ne sait pas	13,3
Le VIH/sida est causé par des esprits ou des forces surnaturelles	
– non ¹	66,9
– oui	14,3
– ne sait pas	18,8
Le VIH/sida est causé par un virus ou un microbe	
– non	1,3
– oui ¹	94,0
– ne sait pas	4,7
Score agrégé (de 0 à 3) médiane [IIQ]	3 [2-3]
Modes de transmission	
Une personne peut être infectée par le VIH/sida :	
En échangeant des baisers avec une personne séropositive	
– non ¹	54,6
– oui	17,1
– ne sait pas	28,3
En ayant des rapports sexuels non protégés	
– non	0,4
– oui ¹	96,4
– ne sait pas	3,2
En étant piquée par un moustique	
– non ¹	61,1
– oui	17,4
– ne sait pas	21,5
En recevant une transfusion sanguine	
– non	1,6
– oui ¹	94,7
– ne sait pas	3,7
En buvant dans le verre d'une personne séropositive	
– non ¹	80,5
– oui	5,3
– ne sait pas	14,2
Un bébé peut être infecté pendant la grossesse ou l'accouchement par sa mère séropositive	
– non	3,1
– oui ¹	87,8
– ne sait pas	9,1
Score agrégé (de 0 à 6) médiane [IIQ]	5 [4-6]

Mode d'action des ARV	
La maladie peut être guérie par les ARV	
– non ¹	39,7
– oui	33,8
– ne sait pas	26,5
Les ARV stabilisent le développement de la maladie	
– non	0,8
– oui ¹	92,8
– ne sait pas	6,3
Le risque de tomber malade est moindre avec les ARV	
– non	8,1
– oui ¹	83,9
– ne sait pas	8,0
Une personne qui prend des ARV ne peut pas transmettre le virus	
– non ¹	68,9
– oui	11,1
– ne sait pas	20,0
Lorsqu'une personne qui prend des ARV se sent mieux, elle n'a plus besoin de prendre ce traitement	
– non ¹	87,0
– oui	3,3
– ne sait pas	9,7
Score agrégé (de 0 à 5) médiane [IIQ]	
	4 [3-5]

IIQ : intervalle interquartile.

¹ Réponse correcte.

séropositivité au VIH plus récent, un délai depuis la mise sous antirétroviraux moins long, un taux de CD4 à l'initiation du traitement < 200 cellules/mm³ et une bonne qualité de vie physique. De plus, les femmes diagnostiquées au cours d'une grossesse tendaient à déclarer plus souvent que les autres un désir d'enfant, même si l'association entre ces deux variables n'était pas statistiquement significative ($p = 0,13$). Enfin, les femmes ayant des connaissances incomplètes ou faisant état de croyances erronées au sujet du VIH/sida et des antirétroviraux (et ce, quelle que soit la question considérée) déclaraient un désir d'enfant significativement moins souvent que les autres. Aucune association significative n'a été trouvée entre le fait de déclarer un désir d'enfant et les facteurs suivants : le stade clinique CDC ($p = 0,37$), le taux de CD4 au dernier bilan, la survenue d'une hospitalisation au cours des six derniers mois, le nombre de symptômes perçus et le niveau de qualité de vie mentale ($p > 0,25$; résultats non décrits ici).

Un âge plus jeune, le statut matrimonial, un moindre nombre d'enfants biologiques, une fréquence plus élevée des rapports sexuels, un taux de CD4 plus bas à l'initiation des antirétroviraux, une meilleure qualité de vie physique au moment de l'enquête et une meilleure connaissance du VIH/sida ont été identifiés comme facteurs indépendamment associés au désir d'enfant dans l'analyse multivariée.

Discussion

Plus de la moitié des femmes vivant avec le VIH/sida en âge de procréer recevant des antirétroviraux dans l'enquête EVAL – Anrs 12 116 expriment le désir d'avoir

Tableau 3
Facteurs associés au désir d'enfant chez 1 433 femmes vivant avec le VIH/sida (FVVS) fertiles et en âge de procréer traitées par antirétroviraux (ARV) dans l'enquête EVAL Anrs 12 116 au Cameroun, régression logistique

	Analyses univariées		Analyse multivariée	
	p-valeur	OR [IC à 95 %]	p-valeur	OR [IC à 95 %]
Maternité, activité sexuelle et relations sociales				
Âge* – OR pour un incrément de 10 ans	< 0,0001	0,17 [0,14-0,21]	< 0,0001	0,42 [0,33-0,55]
Statut matrimonial*				
– célibataire, veuve ou divorcée (réf)		1		1
– mariée	< 0,0001	1,13 [0,89-1,44]	< 0,0001	1,94 [1,37-2,73]
– en union libre ou en relation stable		2,82 [1,95-4,07]		2,03 [1,29-3,19]
Nombre d'enfants biologiques*	< 0,0001	0,42 [0,39-0,47]	< 0,0001	0,46 [0,41-0,51]
Fréquence des rapports sexuels*				
– une fois par mois ou moins souvent (réf)		1		1
– au moins 2 fois par mois	< 0,0001	2,13 [1,65-2,75]	0,0001	1,96 [1,38-2,77]
Révélation de la séropositivité au partenaire principal*				
– séropositivité non révélée (ou absence de partenaire principal) (réf)		1		1
– révélation à un partenaire principal séropositif	0,0096	1,22 [0,86-1,74]		
– révélation à un partenaire principal séronégatif ou de statut VIH inconnu		1,43 [1,13-1,81]		
Soutien de la part de la famille et/ou du partenaire principal*				
– non (réf)		1		1
– oui	0,0009	1,49 [1,18-1,88]		
Statut socio-économique				
Niveau d'étude*				
– école primaire (réf)		1		1
– collège, enseignement secondaire ou supérieur	< 0,0001	2,39 [1,92-2,96]		
Zone d'habitation*				
– urbaine ou péri-urbaine (réf)		1		1
– rurale	0,007	0,70 [0,54-0,91]		

Tableau 3 (suite)
Facteurs associés au désir d'enfant chez 1 433 femmes vivant avec le VIH/sida (FVVS) fertiles et en âge de procréer traitées par antirétroviraux (ARV) dans l'enquête EVAL Anrs 12 116 au Cameroun, régression logistique

	Analyses univariées			Analyse multivariée		
	p-valeur	OR [IC à 95 %]	1	p-valeur	OR [IC à 95 %]	1
Être le chef de ménage*						
– non (réf)	< 0,0001	0,40 [0,32-0,49]	1			
– oui						
Nombre d'enfants dans le ménage	< 0,0001	0,88 [0,84-0,92]				
Nombre de personnes contribuant aux revenus du ménage*						
– 1 personne (réf)	0,014	1,32 [1,06-1,65]	1			
– 2 personnes ou plus						
Statut professionnel*						
– inactive (réf)	0,004	0,72 [0,58-0,90]	1			
– active						
Revenus mensuels du ménage*						
– OR pour un incrément de 1 log ₁₀	0,01	1,40 [1,08-1,81]				
Caractéristiques cliniques						
Délai depuis le diagnostic VIH						
– OR pour un incrément de 12 mois	0,02	0,995 [0,990-0,999]				
Taux de CD4 à l'initiation des ARV < 200 cellules/mm ³ *						
– non (réf)	0,03	1,33 [1,02-1,74]	1	0,002	1,73 [1,22-2,44]	1
– oui						
Stade CDC C						
– non (réf)	0,37	0,91 [0,73-1,12]	1			
– oui						
Vécu du traitement						
Délai depuis l'initiation des ARV*						
– OR pour un incrément de 12 mois	0,009	0,90 [0,83-0,97]				

Tableau 3 (suite)
Facteurs associés au désir d'enfant chez 1 433 femmes vivant avec le VIH/sida (FVVS) fertiles et en âge de procréer traitées par antirétroviraux (ARV) dans l'enquête EVAL Anrs 12 116 au Cameroun, régression logistique

	Analyses univariées			Analyse multivariée		
	p-valeur	OR [IC à 95 %]	p-valeur	OR [IC à 95 %]	p-valeur	OR [IC à 95 %]
Qualité de vie						
Score physique (PCS)	< 0,0001	1,02 [1,01-1,04]	0,012	1,02 [1,01 – 1,03]		
Diagnostic de séropositivité VIH effectué au cours d'une grossesse*						
– non (réf)						
– oui	0,13	1,30 [0,93-1,82]				
Connaissances et croyances au sujet du VIH/sida et des ARV						
Origines du VIH/sida						
Le VIH/sida est causé par la pauvreté						
– non ¹ (réf)						
– oui/ne sait pas	0,001	0,69 [0,55-0,86]				
Le VIH/sida est causé par des esprits ou des forces surnaturelles						
– non ¹ (réf)						
– oui/ne sait pas	0,08	0,82 [0,66-1,02]				
Le VIH/sida est causé par un virus ou un microbe						
– oui ¹ (réf)						
– non/ne sait pas	0,0002	0,42 [0,26-0,66]				
Score agrégé* – OR pour un incrément de 1 point	< 0,0001	1,28 [1,13-1,45]	0,008	1,24 [1,06 – 1,46]		
Modes de transmission						
Une personne peut être infectée par le VIH/Sida...						
... en échangeant des baisers avec une personne séropositive						
– non ¹ (réf)						
– oui/ne sait pas	< 0,0001	0,59 [0,48-0,73]				

Tableau 3 (fin)
Facteurs associés au désir d'enfant chez 1 433 femmes vivant avec le VIH/sida (FVVS) fertiles et en âge de procréer traitées par antirétroviraux (ARV) dans l'enquête EVAL Anrs 12 116 au Cameroun, régression logistique

	Analyses univariées			Analyse multivariée		
	p-valeur	OR [IC à 95 %]	1	p-valeur	OR [IC à 95 %]	1
... en étant piquée par un moustique						
– non ¹ (réf)	< 0,0001	0,63 [0,51-0,78]	1			
– oui/ne sait pas						
... en buvant dans le verre d'une personne séropositive						
– non ¹ (réf)	< 0,0001	0,57 [0,44-0,74]	1			
– oui/ne sait pas						
Un bébé peut être infecté pendant la grossesse ou l'accouchement par sa mère séropositive						
– oui ¹ (réf)	0,16	0,80 [0,58-1,09]	1			
– non/ne sait pas						
Score agrégé* – OR pour un <i>incrément de 1 point</i>	< 0,0001	1,27 [1,17-1,38]				
Modes d'action des ARV						
La maladie peut être guérie par les ARV						
– non ¹ (réf)	0,23	0,88 [0,71-1,08]	1			
– oui/ne sait pas						
Une personne qui prend des ARV ne peut pas transmettre le virus						
– non ¹ (réf)	0,01	0,75 [0,60 – 0,94]	1			
– oui/ne sait pas						
Lorsqu'une personne qui prend des ARV se sent mieux, elle n'a plus besoin de prendre ce traitement						
– non ¹ (réf)	0,046	0,73 [0,54 – 0,99]	1			
– oui/ne sait pas						
Score agrégé* – OR pour un <i>incrément de 1 point</i>	0,017	1,12 [1,02 – 1,23]				

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance.
 * Variables incluses dans l'analyse multivariée.
 1 Réponse correcte.

un (autre) enfant. Bien que les estimations de la fréquence du désir d'enfant chez les femmes vivant avec le VIH/sida qui accèdent aux traitements dans le contexte des pays à ressources limitées varient beaucoup d'une étude à l'autre, toutes s'accordent à souligner la force de ce désir [14, 18, 19, 27].

Dans la présente étude, tout comme dans le contexte des pays du Nord, aucune relation significative n'a été mise en évidence entre désir d'enfant et caractéristiques immuno-virologiques [4, 11, 21]. En revanche, un taux de CD4 peu élevé lors de la mise sous antirétroviraux et, par contraste, la perception des femmes vivant avec le VIH/sida d'une bonne qualité de vie physique au moment de l'étude, étaient tous deux significativement associés au désir d'enfant. Ces résultats suggèrent que les intentions des femmes vivant avec le VIH/sida en matière de reproduction sont plus fortement influencées par la perception subjective de leur état de santé que par des critères cliniques objectifs [4] et que ce désir s'exprime d'autant plus qu'elles ont le sentiment que l'accès au traitement a contribué à améliorer leur état de santé. En particulier, les femmes dont l'immuno-dépression était la plus avancée au moment de la mise sous traitement ont pu « remettre à plus tard » leur projet de grossesse pour des raisons de santé. Par la suite, l'amélioration de leur état sous antirétroviraux a pu faire naître en elles un regain de confiance en l'avenir, leur permettant ainsi de faire à nouveau des projets personnels. Cette hypothèse est en partie confirmée par le fait que le taux de CD4 au moment de l'enquête n'est pas significativement associé au désir d'enfant (résultat non décrit ici), suggérant ainsi que c'est davantage l'expérience d'une immuno-dépression suivie d'une amélioration substantielle de l'état de santé plutôt que la seule réponse immunovirologique au traitement qui est à même de faire renaître un désir d'enfant chez les femmes vivant avec le VIH/sida.

Dans les pays du Sud comme dans ceux du Nord, le choc d'un diagnostic de séropositivité au VIH a souvent des conséquences désastreuses sur les projets de vie des femmes. Une étude récente menée au Malawi [12] a permis de comparer la fréquence du désir d'enfant avant et après le diagnostic de séropositivité et son évolution sur les douze mois suivant le diagnostic. Les résultats ont montré une baisse importante du pourcentage de femmes exprimant un désir d'enfant, de 33 % avant le diagnostic à 15 % une semaine après. Aucun changement significatif n'a été observé par la suite, ce qui doit toutefois être mis en parallèle avec la durée relativement courte du suivi et avec le fait que seulement 26 % des femmes dans l'étude ont débuté un traitement antirétroviral au cours de ce suivi.

L'effet positif de l'accès à ce traitement sur le désir de maternité des femmes vivant avec le VIH/sida a également été mis en évidence par une étude transversale menée en Ouganda auprès de 501 femmes âgées de moins de 50 ans, suivies dans un centre clinique prenant en charge les patients infectés par le VIH. Cette étude a montré que les femmes vivant avec le VIH/sida sous antirétroviraux, qui représentaient 45 % de l'échantillon, étaient trois fois plus nombreuses à exprimer un désir d'enfant que les femmes vivant avec le VIH/sida n'ayant jamais été traitées [14]. En utilisant une échelle comprenant 23 assertions concernant les antirétroviraux et l'inquiétude au sujet de l'infection à VIH et de sa transmission aux partenaires sexuels et au fœtus au cours de la grossesse, cette étude a également montré que les femmes qui déclaraient souhaiter avoir un (autre) enfant avaient des scores d'optimisme vis-à-vis des antirétroviraux plus élevés que les autres [15].

L'enquête EVAL – Anrs 12 116 au Cameroun confirme le rôle de l'âge [23, 25] et du nombre d'enfants biologiques [17] sur le désir d'enfant des femmes vivant avec le VIH/sida dans le contexte des pays à ressources limitées. Ces deux caractéristiques du potentiel reproducteur des femmes ont déjà été identifiées comme des corrélats du désir d'enfant dans les pays développés [4, 11, 21, 22, 24]. De façon attendue, les femmes vivant avec le VIH/sida de l'étude vivant en couple et celles qui déclaraient avoir des rapports sexuels plus fréquents étaient significativement plus à même que les autres d'exprimer un désir d'enfant.

Les résultats de la présente étude montrent aussi qu'une bonne connaissance sur le VIH est associée à une fréquence plus grande du désir d'enfant, ce qui suggère que les femmes qui ont reçu une information claire sur la maladie sont plus armées pour y faire face. À ce point, il convient de noter que la quasi-totalité des femmes de l'étude a bien intégré les connaissances de base sur le VIH. En effet, plus de neuf femmes sur dix étaient informées de l'origine virale de la maladie, de ses principaux modes de transmission, de la capacité des antirétroviraux à stabiliser son développement et, finalement, du risque de transmission de la mère à l'enfant. Si ce résultat est en soi très encourageant pour les campagnes d'information sur le VIH/sida menées au Cameroun, le chemin est encore long, compte tenu du fait que des croyances erronées continuent à coexister avec des connaissances de base correctes. Ces croyances, qui peuvent se révéler néfastes pour les projets de vie des femmes vivant avec le VIH/sida, sont soit des croyances populaires fortement enracinées (comme la croyance en l'influence des esprits et autres forces surnaturelles), soit des rumeurs largement répandues du fait de la peur de l'infection et de la stigmatisation des personnes infectées (comme la croyance en une transmission possible du VIH par la salive). Par ailleurs, certaines femmes continuent à percevoir les antirétroviraux comme un traitement curatif.

L'ensemble de ces résultats souligne le besoin de développer des actions d'information et d'accompagnement sur les antirétroviraux de façon régulière tout au long du suivi des femmes vivant avec le VIH/sida, ces actions d'information étant pour l'heure essentiellement menées au moment du diagnostic et à l'initiation de la prescription d'antirétroviraux. Ces actions devront être adaptées au contexte socio-culturel africain. En particulier, le poids de la « rumeur » doit être pris en compte et peut être utilisé pour contrebalancer la méfiance et la résistance à des canaux d'information plus formels. Par exemple, les émissions de radio communautaires peuvent être utilisées de façon efficace pour diffuser des messages sur le VIH/sida contenant des informations de prévention [26]. En outre, la prévention par les pairs doit être maintenue et renforcée dans les centres de soins du VIH, ainsi que l'implication des associations de patients dans le suivi des femmes vivant avec le VIH/sida, afin de poursuivre le combat contre la stigmatisation des personnes infectées.

Enfin, les résultats confirment que le niveau d'étude des femmes, leur statut économique (ne pas avoir d'activité professionnelle, ne pas être à la tête du ménage) et leur lieu de résidence (en zone urbaine, *versus* rurale) ont un effet positif sur leur désir d'enfant [7, 12, 20], même si ces facteurs ne sont plus significatifs dans une analyse multivariée. De la même façon, la révélation de la séropositivité au partenaire principal et le soutien de la part de la famille ou du partenaire principal ont été trouvés associés au désir d'enfant, mais seulement en univarié [16].

La présente étude est limitée par sa nature transversale, qui ne permet pas d'analyser l'évolution du désir d'enfant au cours du temps. Par ailleurs, elle n'a pas permis de mesurer les connaissances des femmes vivant avec le VIH/sida concernant les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ni leur accès à ce type de programmes, qui peuvent tous deux influencer leur désir d'enfant [16, 25]. De plus, il convient de noter que les catégories de la variable de réponse utilisée ne sont pas mutuellement exclusives (en particulier, une femme infertile peut souhaiter avoir un enfant). Cependant, par souci d'homogénéité de la population d'étude, le but de notre analyse était d'explorer les déterminants du désir d'enfant exclusivement chez les femmes fertiles. Dans ce contexte, l'utilisation d'une question fermée, n'autorisant pas les réponses multiples, pour mesurer le désir d'enfant était un choix délibéré. Enfin, la présente étude est également limitée par le manque d'information sur le désir d'enfant chez les 23 femmes enceintes, qui ont été exclues de l'analyse.

Conclusion

Au Cameroun, le désir d'enfant est fréquent chez les femmes vivant avec le VIH/sida en âge de procréer et traitées par antirétroviraux. Outre les caractéristiques liées au potentiel de reproduction de ces femmes (jeune âge, vie en couple, maternités antérieures, fréquence des rapports sexuels), les corrélats de ce désir d'enfant comprennent, d'une part, le vécu de la maladie, au travers des antécédents d'immuno-dépression avancée et de la perception d'une bonne qualité de vie physique au moment de l'enquête et, d'autre part, de bonnes connaissances de base au sujet du VIH/sida et des antirétroviraux. Dans le contexte du programme national d'accès aux traitements, les résultats de cette étude soulignent la nécessité d'intégrer encore davantage le planning familial dans les programmes de prise en charge du VIH/sida afin de soutenir les femmes vivant avec le VIH/sida dans leurs choix en matière de reproduction. Il apparaît également nécessaire de développer des actions d'information et d'accompagnement de façon régulière tout au long du suivi de ces femmes. Enfin, les futures stratégies de prévention devront considérer des canaux de communication alternatifs et encourager l'implication des pairs dans le soutien des femmes vivant avec le VIH/sida qui souhaitent avoir un enfant, afin de maximiser leurs chances de vivre leur grossesse en bonne santé et de donner naissance à un enfant séronégatif.

Références bibliographiques

1. Aka Dago-Akribi H, Msellati P, Yapi D, Welffens-Ekra C, Dabis F. Procreation and Child Desire of Women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Psychological, Health & Medicine* 2001 ; 6 : 283-91.

2. Carrieri MP, Leport C, Protopopescu C, Cassuto JP, Bouvet E, Peyramond D, *et al.* Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy : a 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 ; 41 : 477-85.
3. Chama C, Morrumpa J, Gashau W. Sex and reproduction among HIV-infected people in Maiduguri, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2007 ; 27 : 812-5.
4. Chen JL, Philips KA, Kanouse DE, Collins RL, Miu A. Fertility desires and intentions of HIV-positive men and women. *Fam Plann Perspect* 2001 ; 33 : 144-52.
5. Desclaux A, Desgrées du Loû A. Les femmes africaines face à l'épidémie de sida. *Population et sociétés* 2006 : 428.
6. Desgrées du Loû A, Msellati P, Viho I, Welfens-Ekra C. Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité ? *Population* 1999 ; 54 : 427-46.
7. Desgrées-Du-Lou A, Msellati P, Viho I, Yao A, Yapi D, Kassi P, *et al.* Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Anrs 049 Project, Abidjan 1995-2000. *Int J STD AIDS* 2002 ; 13 : 462-8.
8. Desgrées du Loû A, Ferry B. Sexualité et procréation face aux risques du Sida – Permanences et adaptations dans les pays fortement touchés par l'épidémie. *La Chronique CEPED* 2005 : 49.
9. Desgrées du Loû A, Ferry B. *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*. Les Collections du Ceped, Paris, 2006.
10. Duran S, Saves M, Spire B, Cailleton V, Sobel A, Carrieri P, *et al.* Failure to maintain long-term adherence to highly active antiretroviral therapy : the role of lipodystrophy. *Aids* 2001 ; 15 : 2441-4.
11. Heard I, Sitta R, Lert F. Reproductive choice in men and women living with HIV : evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (Anrs-EN12-VESPA Study). *Aids* 2007 ; 21 Suppl 1 : S77-82.
12. Hoffman IF, Martinson FE, Powers KA, Chilongozi DA, Msiska ED, Kachipapa EI, *et al.* The year-long effect of HIV-positive test results on pregnancy intentions, contraceptive use, and pregnancy incidence among Malawian women. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008 ; 47 : 477-83.
13. Justice AC, Holmes W, Gifford AL, Rabeneck L, Zackin R, Sinclair G, *et al.* Development and validation of a self-completed HIV symptom index. *J Clin Epidemiol* 2001 ; 54 Suppl 1 : S77-90.
14. Kaida A, Maier M, Andia I, Emenyonu N, Guzman D, Pepper L, *et al.* Use of antiretroviral therapy is associated with increased fertility desires but decreased likelihood of pregnancy and livebirth among HIV-positive women in Mbarara, Uganda. *XVII International AIDS Conference (abstract n° TUPE0918)*, Mexico City, 3-8 August 2008.
15. Kaida A, Diaz Lima V, Andia I, Emenyonu N, Hogg RSB, D.R. The Whomen's scale (Women's HAART Optimism Monitoring and EvaluationN scale v.1) and the association with increased fertility desires among HIV-positive women in Uganda. *XVII International AIDS Conference (abstract n° WEPE0308)*, Mexico City, 3-8 August 2008.
16. Kanniappan S, Jeyapaul MJ, Kalyanwala S. Desire for motherhood : exploring HIV-positive women's desires, intentions and decision-making in attaining motherhood. *AIDS Care* 2008 ; 20 : 625-30.
17. Mantell JE, Cooper D, Moodley J, Morroni C, Myer L, Exner TM, *et al.* Toward improved reproductive health choices and health care delivery for HIV-infected men

- and women in developing countries with generalised HIV epidemics. *XVII International AIDS Conference (abstract n° MOAD02)*, Mexico City, 3-8 August 2008.
18. Mokgatle-Nthabu M, Chinkanda N, Madiba S, Mukasa B, Nyirenda H. HIV positive women's perception of mother to child transmission and the desire to bear children : implications for HIV prevention. *XVII International AIDS Conference (abstract n° TUPDD103)*, Mexico City, 3-8 August 2008.
 19. Myer L, Morroni C, Rebe K. Prevalence and determinants of fertility intentions of HIV-infected women and men receiving antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS Patient Care STDS* 2007 ; 21 : 278-85.
 20. Nebie Y, Meda N, Leroy V, Mandelbrot L, Yaro S, Sombie I, *et al.* Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity : a prospective cohort study in Burkina Faso. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 ; 28 : 367-72.
 21. Nobrega AA, Oliveira FA, Galvao MT, Mota RS, Barbosa RM, Dourado I, *et al.* Desire for a child among women living with HIV/AIDS in northeast Brazil. *AIDS Patient Care STDS* 2007 ; 21 : 261-7.
 22. Ogilvie GS, Palepu A, Remple VP, Maan E, Heath K, MacDonald G, *et al.* Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV in British Columbia, Canada. *Aids* 2007 ; 21 Suppl 1 : S83-88.
 23. Oladapo OT, Daniel OJ, Odusoga OL, Ayoola-Sotubo O. Fertility desires and intentions of HIV-positive patients at a suburban specialist center. *J Natl Med Assoc* 2005 ; 97 : 1672-81.
 24. Paiva V, Santos N, Franca-Junior I, Filipe E, Ayres JR, Segurado A. Desire to have children : gender and reproductive rights of men and women living with HIV : a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care STDS* 2007 ; 21 : 268-77.
 25. Peltzer K, Chao LW, Dana P. Family Planning Among HIV Positive and Negative Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) Clients in a Resource Poor Setting in South Africa. *AIDS Behav* 2009 ; 13 : 973-9.
 26. Stadler J. Rumor, gossip and blame : implications for HIV/AIDS prevention in the South African lowveld. *AIDS Educ Prev* 2003 ; 15 : 357-68.
 27. Tamene W, Fantahun M. Fertility desire and family-planning demand among HIV-positive women and men undergoing antiretroviral treatment in Addis Ababa, Ethiopia. *African Journal of AIDS Research* 2007 ; 6 : 223-7.
 28. UNAIDS, WHO. AIDS epidemic update. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization*. WHO, Geneva, 2007.
 29. UNAIDS. *Report on the global AIDS epidemic*. UNAIDS, Geneva, 2008.
 30. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey : construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996 ; 34 : 220-33.
 31. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. SF-12v2 : How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey : Lincoln, RI. QualityMetric Inc, 2002.
 32. WHO-UNAIDS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Cameroon*. WHO, Geneva, 2008.



Chapitre 16

Comportement reproductif et désir d'enfant chez les femmes vivant avec le VIH/sida au Cameroun : une approche qualitative

Cécile-Renée BONONO, Jean-Paul MOATTI, Fabienne MARCELLIN

La littérature sur la fécondité en Afrique est unanime quant à la valeur sociale accordée à la procréation. Sans prétendre faire une synthèse exhaustive de cette très abondante littérature, on en présentera quelques points pertinents pour comprendre les enjeux liés aux comportements reproductifs dans le contexte de l'infection au VIH/sida. Erny note que la fécondité biologique est une valeur primordiale de la vie humaine en général, tout particulièrement en Afrique [7]. D'autres travaux ont souligné l'importance de la première grossesse et du premier enfant. Van Gennep [16] relève par exemple que « *le premier accouchement a une importance sociale considérable qui s'exprime de diverses manières chez divers peuples. Parfois, une fille ne peut se marier que si elle a eu un enfant... Chez les populations où le mariage ne devient valable qu'après la naissance d'un enfant, les rites de grossesse et d'accouchement constituent les derniers actes de cérémonie du mariage* ». Journet-Diallo [10] montre que, chez les Diola, les femmes n'accèdent à la plénitude de leur statut que par la maternité et Van Gennep [16] montre que la première grossesse est un moment fondamental dans le cycle de vie de la femme, car même si elle n'aboutit pas, celle-ci change de statut. Elle devient entièrement femme. La fécondité est un rôle qui lui est dévolu et qu'elle doit assumer pour garantir son intégration sociale et, si elle ne peut l'assumer par choix volontaire ou pour des raisons biologiques ou accidentelles, elle s'expose à être victime d'une forte sanction sociale. Mimche et coll. [14] parlent, à ce propos, de « *pression de procréation ou d'obligation d'enfanter dans la plupart des communautés* ».

La fécondité est bien un impératif au sens du « *fait social* » de la sociologie durkheimienne. Les sanctions relatives à l'infécondité sont diverses : accusation de déviance par rapport aux interdits, pouvant aller jusqu'aux suspicions de sorcellerie et diverses formes de marginalisation. En fait, la femme sans enfant tend à faire figure de « *bâtarde* », tandis que celle à la multiple progéniture est « *portée au rang d'icône* » [10]. Une maternité ne suffit donc pas toujours à combler le désir d'enfant de la femme et de sa famille et le désir d'accumulation de cette richesse ou tout au moins ces points de « *cotations* » peuvent susciter une pression de l'environnement social qui dure toute la vie génésique. Comme le note encore Journet-Diallo [10] « *dans certains groupes, le statut dépend plus de la production d'enfants que de l'âge* ». De plus, même si les causes biologiques de la stérilité ou de l'absence d'enfants dans un couple peuvent, bien sûr, se trouver du côté du partenaire masculin, la responsabilité en est presque toujours socialement imputée à la partenaire féminine [9, 11].

Dans le contexte africain nataliste, dès lors que la prévalence d'une épidémie comme le VIH/sida dépasse un certain seuil, une des questions fondamentales devient celle de l'impact de cette maladie sur la fécondité. Certaines études pionnières ont très tôt démontré que la diffusion du VIH/sida pouvait induire une baisse de la fécondité [19]. Des effets directs et de la pandémie sur la reproduction ont été analysés par De Loenzien [4]. Les premiers sont liés à l'incapacité de certaines femmes de concevoir et/ou de mener des grossesses à terme, des personnes dont l'activité sexuelle est réduite suite aux effets de la maladie. Les seconds passent par un changement culturel des comportements reproductifs, comme dans le cas de couples atteints qui limitent volontairement leur descendance ou comme les jeunes ougandaises retardant leur entrée dans la vie sexuelle et leur engagement dans un projet reproductif face à la menace que faisait peser sur elles une épidémie galopante [8].

À l'inverse, la possibilité que l'épidémie augmente la fécondité a également été envisagée [13, 18]. Il apparaît, notamment, que la forte mortalité causée par le sida peut induire la recherche de naissances de remplacement pour les couples ayant perdu un enfant du fait de cette maladie. En outre, il y a, pour les femmes séropositives, une réduction du temps d'allaitement ou la disparition de sa pratique, qui peut limiter le temps d'abstinence après un accouchement et la perte de la capacité contraceptive liée à la pratique de l'allaitement maternel. Enfin, l'épidémie peut favoriser des stratégies de sélection des partenaires sexuels non infectés, qui font de l'adolescente la partenaire sexuelle préférentielle.

Un autre aspect plus spécifique de la fécondité en temps de sida est celui du désir d'enfant chez les femmes déjà atteintes et vivant avec le VIH/sida. Puisqu'un élément aussi abstrait que le désir ne peut se discuter sans exemples précis, nous ancrerons notre argumentaire sur les situations particulières des femmes vivant avec le VIH/sida bénéficiant d'un traitement antirétroviral.

Contexte : la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH au Cameroun

Depuis 2006, la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH est progressivement devenue un des services de base offert dans toutes les formations sanitaires du Cameroun. Des disparités inter-provinciales demeurent néanmoins, puisque, début 2008, un peu moins des deux tiers des formations sanitaires (1 466 sur 2 339) disposaient d'un service effectivement fonctionnel pour un pourcentage de 62,7 %.

Le test systématique de dépistage du VIH proposé aux femmes enceintes connaît une bonne acceptabilité (supérieure à 80 %) et le taux de prévalence chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans était de 6,8 % en 2007 (rapport de progression, n° 1, 2008)¹. Cependant, au premier trimestre 2008, seule une moitié des femmes enceintes diagnostiquées positives pour le VIH a bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale pour limiter le risque de transmission à l'enfant et à peine un peu plus du tiers (38,7 %) des enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'une telle prophylaxie.

¹ Ce document est un rapport synthétique de la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH, produit annuellement par le comité national de lutte contre le VIH/sida du Cameroun.

Indications méthodologiques

Bien que notre parcours sur le terrain des pilotes des enquêtes EVAL – Anrs 12 116 et Stratall-Anrs 12 110 nous permette de souligner qu'il y a des similitudes fortes entre les informations recueillies dans plusieurs formations sanitaires du triangle camerounais, notre propos se focalisera uniquement sur les données du projet Stratall, c'est-à-dire celles recueillies dans les neuf premières unités de prise en charge des districts de santé de la province du Centre. Elles ont été collectées par un guide d'entretien, dans le cadre de l'enquête qualitative réalisée par l'Institut de recherches sociologiques et anthropologiques (IRSA) depuis juillet 2006. Les données ici présentées reflètent le contexte de zones rurales et de petites villes où nous avons eu des entretiens semi-directifs avec 47 personnels soignants prenant en charge les personnes vivant avec le VIH/sida et 40 patients. Notre approche était résolument mixte, mais les hommes minoritaires, moins présents dans les formations sanitaires (cf le volet quantitatif de l'enquête EVAL présenté dans le chapitre 4) et parfois peu loquaces sur leurs désirs et projets, sont sous-représentés (15 sur 40).

Légitimités contextuelle et culturelle : genèse du désir d'enfant

Si le VIH/sida introduit un lien immédiat entre ses modes de transmission et la procréation, (rapport sexuel, grossesse, accouchement et allaitement), cela ne suffit pas forcément à induire des modifications des « habitus sexuels et reproducteurs », car le contexte socio-culturel érige des résistances multiples au changement dans ces domaines. Dozon et Mainche [6, 14] constatent que « *la fécondité reste une valeur importante au sein des sociétés africaines, au même titre que la polygamie [...] avoir de nombreux enfants est toujours la marque d'une réussite sociale, avec bien sûr la perspective que dans les vieux jours, les parents bénéficieront de leurs descendants. Ces habitus de fécondité, même s'ils sont le produit d'un système traditionnel dominé largement par les hommes, sont et restent aussi, véhiculés par les femmes elles-mêmes. Elles y voient toujours le moyen d'asseoir normalement leur statut au sein de la société...* ».

Nos entretiens confirment ces réflexions. En effet, le personnel de prise en charge relate que, pendant l'annonce du résultat d'une sérologie positive, les femmes nullipares ou primipares demandent presque toujours « *si elles pourront encore avoir des enfants* ». Les femmes vivant avec le VIH/sida renvoient souvent dans leurs propos à la vacuité d'une vie sans possibilité de procréer. L'une des patientes interrogées, nullipare², rapporte s'être écriée à l'annonce de sa séropositivité : « *donc ma vie est finie, je ne pourrai pas avoir d'enfant ?* » Une seconde, bien que déjà mère d'un enfant, exprime le même sentiment : « *un seul enfant ? Ma vie est finie, c'est fini* ». Les personnels soignants des unités de prise en charge rapportent de fortes résistances des femmes vivant avec le VIH/sida à la mise sous combinaison thérapeutique, sous éfavirenz, dès lors qu'elles apprennent que cette molécule antirétrovirale n'est pas recommandée pendant une grossesse, ce qui leur fait craindre que leur mise sous traitement antirétroviral devienne incompatible avec la procréation.

² Unité de prise en charge de Mbalmayo, septembre 2008 ; femme, 25 ans, dépistée positive pour le VIH en 2006, mère d'un bébé de 15 mois.

Notre enquête, comme de nombreux autres travaux sur ce sujet [5], attestent du désir ordinaire d'enfant chez les femmes vivant avec le VIH/sida et de la persistance, parmi elles, de comportements reproducteurs courants. En effet, la majorité d'entre elles qui a été confrontée à une grossesse affirme s'être retrouvée enceinte « par accident ». Un accident est une grossesse imprévue, non explicitement désirée au départ par les concepteurs. Cela est une réalité courante chez les personnes en union. Parfois installées dans une relation de couple au moment de la découverte de leur séroprevalence, les femmes vivant avec le VIH/sida ne parviennent pas toujours à en changer les habitudes. Certains couples, dont l'un ou les deux membres sont séropositifs, pratiquent une sexualité sans utilisation de contraceptif, même lorsqu'ils ne désirent pas spécifiquement avoir des enfants. L'une des raisons de ces « grossesses accidents » tient, bien sûr, à la difficulté d'introduction du préservatif dans les couples, qui ne peut se faire « *du jour au lendemain* » et « *sans explications ni justifications* » [14]. Cette difficulté est logiquement exacerbée dans les cas où les femmes vivant avec le VIH/sida sont conduites à ne pas révéler leur statut sérologique à leur partenaire pour des raisons multiples, dont la peur de la rupture de la relation et la crainte de la stigmatisation. Le volet quantitatif de l'enquête EVAL – Anrs 12 116 montre bien que parmi ces femmes demeurant sexuellement actives et engagées dans une relation de couple (mariée ou non) avec un partenaire stable, la probabilité d'avoir pratiqué des relations sexuelles non protégées avec ce partenaire est doublée lorsqu'elles ne lui ont pas révélé leur infection à VIH/sida et triplée si elles ont eu, par ailleurs, au moins un partenaire occasionnel en dehors de cette relation stable [12]. Les entretiens qualitatifs, conduits auprès des agents de relais communautaires des neuf unités de prise en charge de la province du Centre, confirment ce constat que les grossesses « non désirées » interviennent plus fréquemment chez les femmes vivant avec le VIH/sida qui ont maintenu le secret sur leur statut sérologique auprès de leur partenaire. Le croisement des entretiens auprès des femmes vivant avec le VIH/sida, d'une part, et des soignants, d'autre part, fait néanmoins apparaître que ces grossesses présentées comme non désirées relèvent parfois de la justification « diplomatique » par des patientes soucieuses de ne pas s'attirer les foudres de l'équipe qui les prend en charge pour leur traitement antirétroviral. Censé réaliser le conseil préventif en matière de transmission sexuelle du VIH, le personnel infirmier et les agents de relais communautaires des unités de prise en charge du sida réagissent parfois négativement à l'annonce d'une grossesse chez une de leurs patientes. Pour ne pas faire endosser aux soignants un échec de leur action préventive, les femmes vivant avec le VIH/sida peuvent alors évoquer le fait que cette grossesse les a « prises par surprise » et qu'il ne s'agit pas d'un projet d'enfant entrepris « *dans le dos et à l'insu du soignant* ». Certaines d'entre elles, enceintes, font référence au fait d'avoir été « *forcées* », ou tout au moins « *contraintes* » par leurs partenaires, ou bien que « *le préservatif a eu une défaillance* ». Dans des cas extrêmes, les parturientes vont même jusqu'à dissimuler leur grossesse aux équipes de prise en charge du VIH/sida. Nous avons croisé dans nos entretiens des femmes vivant avec le VIH/sida sous antirétroviraux, qui avaient accouché « *au quartier* » dans les réseaux traditionnels des matrones et qui viennent, par des circuit divers, chercher de la névirapine pour leur bébé les jours suivant la naissance. Ces observations recourent celles de Mimche [14], qui conclut que : « *Malgré les effets de la maladie sur la progéniture et les effets de l'infection sur une éventuelle grossesse, on observe souvent dans les*

services de santé maternelle et infantile que les femmes décident de procréer malgré leur état sérologique, parce qu'elles sont tiraillées par des contraintes sociales, familiales, culturelles et religieuses. Les impératifs thérapeutiques viennent donc se greffer à des impératifs et à des logiques sociales en matière de sexualité et de reproduction sans les bousculer totalement. »

Du côté des quinze patients de sexe masculin interrogés en entretiens, la totalité à une exception près exprime le souhait de « *continuer à faire des enfants* ». Ce souhait s'enracine dans une logique courante de la masculinité au Cameroun [1], que résume bien l'un d'eux³ : « *J'ai cinq enfants, mais je cherche encore, car un homme c'est quand il a beaucoup de gens.* » La seule exception est celle d'un patient homme, abandonné de sa famille, qui déclare avoir renoncé à avoir des enfants, car il pense « *ne plus pouvoir vivre longtemps, et ne pas avoir la force de s'en occuper et de leur assurer un avenir* ». Mais, plusieurs de ces patients hommes semblent mal informés ou, en tout état de cause, ne pas avoir conscience que leur statut sérologique peut représenter un risque pour un éventuel enfant. Les soignants interrogés reconnaissent d'ailleurs ne pas toujours informer les patients de sexe masculin des risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant et concentrer leurs efforts dans ce domaine sur les femmes vivant avec le VIH/sida. Un agent de relais communautaire⁴, assez représentatif de l'attitude de l'ensemble de ses collègues, nous confie, par exemple, qu'« *avec les hommes on ne parle pas trop de cela, on oublie parfois et il est difficile de s'occuper de ces aspects là* ».

Entre problème de communication et déni : la sérologie ignorée ?

En principe, le diagnostic de l'infection à VIH, la mise sous traitement antirétroviral et les activités de soutien psycho-social et d'aide à l'observance constituent autant de moments d'échange entre personnes vivant avec le VIH/sida et soignants, qui peuvent être l'occasion d'aborder, parmi d'autres, la question de la procréation. En pratique, des non-dits, des quiproquos et des difficultés de communication peuvent intervenir à tous ces niveaux.

Comme cela a déjà été observé dans des contextes africains [17], le test de dépistage s'effectue parfois dans des conditions où le patient n'est pas véritablement en état de donner son consentement. Les soignants des unités de prise en charge ne sont pas en manque de justifications pour expliquer des manquements occasionnels au respect de l'éthique « formelle » : qu'il s'agisse de la nécessité « *de lui sauver la vie* », des besoins « *techniques du diagnostic* », ou du fait que, dans ces petites localités où se situent les unités de prise en charge, le patient puisse être un proche du soignant, qui comprendra que celui-ci « *agit pour son bien* ». Dans ce dernier cas, la relation proprement clinique tend à devenir secondaire par rapport aux liens de proximité familiale et communautaire qui unissent les soignants à des patients qui sont leurs voisins ou leurs parents. Même s'il ne nous est pas possible de mesurer l'ampleur quantitative de ces phénomènes, la proximité conduit parfois les soignants à évoquer la maladie de certaines personnes vivant avec le VIH/sida dont ils s'occupent avec des proches de ces dernières, afin de régler certains problèmes en jouant « un rôle de médiateur ». Mais, il arrive que le patient lui-même n'entende jamais parler d'une telle

³ Homme de 45 ans, cultivateur.

⁴ 45 ans, aide soignant, 2008.

médiation et de son résultat. De même, il semble que des proches puissent faire passer le test de dépistage du VIH à un de leurs parents, voire obtiennent sa mise sous traitement antirétroviral, sans que la personne elle-même soit véritablement informée de son statut et de la nature des médicaments qui lui sont prescrits. Confrontés au paradoxe apparent de ces cas extrêmes de patients sous traitement qui semblent néanmoins ignorer leur statut sérologique, la plupart des soignants interrogés en rejettent la responsabilité sur de la « mauvaise foi » ou du « déni de la maladie » de la part des patients, ou bien se retranchent derrière des difficultés de communication et de bonne compréhension de l'information qu'ils ont délivrée.

Il est indéniable que la communication des médecins et des autres soignants en direction des patients est compliquée dans des unités de prise en charge, souvent situées en zones rurales, par le faible taux d'alphabétisation de ces derniers. Un nombre significatif de patients est incapable de s'exprimer en français et a effectivement un niveau de compréhension et d'assimilation limité de l'information qui lui est fournie. Les soignants et les accompagnateurs (agents de relais communautaires) ne parlent pas toujours les langues locales, ce qui peut alors transformer le conseil préventif en « dialogue de sourds » [15]. Certaines personnes à qui on annonce leur infection par le VIH entendent en réalité parler en détail de la maladie pour la première fois, à cette occasion, et les apprentissages linguistiques nécessaires à la compréhension des informations données ne sont pas évidents dans une telle immédiateté.

Force est néanmoins de reconnaître qu'une partie des difficultés de communication ultérieures dans le processus de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida peut trouver son origine dans des modalités d'offre du test de dépistage et d'annonce d'un diagnostic positif qui, si elles respectent formellement les procédures et les règles de la déontologie professionnelle, ne sont pas dénuées d'ambiguïté et peuvent donc entretenir certains quiproquos. Nous avons pu observer qu'il arrive aux soignants d'employer volontairement des termes neutres, voire ouvertement ambigus, pour obtenir le consentement au test de dépistage. Ainsi, certains parlent-ils dans le cadre du pré-test de « *rechercher des microbes* » et d'autres évitent de nommer explicitement la maladie lors de l'annonce d'un diagnostic VIH post-test : « *vous avez la maladie que je cherchais là dans le sang* ».

L'enfant, un objet de désir trouble ?

Même dans l'hypothèse où les patients ont une connaissance suffisante de leur état de santé et une compréhension effective de ce que signifie leur statut sérologique, dans quelle mesure le désir d'enfant est-il exprimé par la majorité des femmes vivant avec le VIH/sida, tant dans nos entretiens que dans le volet quantitatif de l'enquête EVAL – Anrs 12 116 (voir Chapitre 15) ? Jusqu'à quel point peut-on penser que le contexte social, avec ses enjeux de statut et d'intégration, permet d'épuiser le sens du désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH/sida ? Laurent Vidal a bien montré que l'idée d'un désir d'enfant, qui ne serait que la résultante d'un stimulus social, occulte les stratégies individuelles des femmes vivant avec le VIH/sida, la diversité des représentations collectives de l'enfant, comme les perceptions sociales du sida [17]. Comme il le souligne, une perception « *nataliste* » de la femme vivant avec le VIH/sida « *soumise au devoir de procréation et ne se réalisant qu'à travers lui* » entretient, à tort, le

stéréotype de cultures africaines « figées » et les risques d'enfermement social de ces femmes. Les entretiens que nous avons réalisés auprès de différentes femmes vivant avec le VIH/sida sous traitement antirétroviral dans les unités de prise en charge du Centre révèlent une réalité plus nuancée, où le désir exprimé d'enfant apparaît comme un désir instrumental, moins motivé par un projet reproductif en soi que par d'autres buts liés justement à une gestion personnelle du statut sérologique.

Dans le cas de cette femme vivant avec le VIH/sida, rencontrée à l'unité de prise en charge Mbalmayo, la maladie lui a fait perdre ses repères affectifs et elle voit la possession d'un enfant comme une réparation et un espoir d'échapper au sentiment de solitude qu'elle ressent. C'est une forme de bouée de sauvetage, un gage pour l'avenir et une façon de retrouver une raison de vivre. « *J'étais malade, lorsque je l'ai su, pour ne pas vivre dans le mensonge je l'ai dit à toute ma famille, mon père ne veut plus me voir, mes frères et ma mère me regardent. J'ai tout perdu avec cette maladie, je me suis résignée. Mais la femme des affaires sociales m'a dit que mon médicament ne me permet pas d'avoir un enfant. J'ai pleuré et elle a dit qu'on allait me changer de protocole. C'était trop dur de penser que j'ai tout perdu, même la maternité, la seule chance de connaître un amour vrai. Les gens souvent ils sont là mais c'est toi qui sais ce que tu ressens, je voulais quelqu'un dont je suis sûre qu'il m'aimera comme je suis... C'est ma consolation, ma raison de vivre.* »

D'autres éléments, comme le besoin d'échapper à la suspicion que la séropositivité peut susciter dans l'entourage et de se rassurer psychologiquement et socialement, peuvent aussi intervenir. Une jeune fille de 20 ans rencontrée à l'unité de prise en charge de Bafia déclare simplement « *avoir fait son enfant pour voir si elle pouvait en faire* », et un patient homme⁵ confie : « *je voulais voir si j'étais encore un homme* ». Un agent de relais communautaire de l'unité de prise en charge de Nanga Eboko se fait l'écho de ces types de motivations rencontrées chez les patientes dont il a la charge, non sans éviter un jugement moralisateur qui ignore la complexité que les femmes vivant avec le VIH/sida sous traitement ont quotidiennement à gérer : « *Lorsqu'on voit le peu de soin que prennent parfois ces mères pour leurs enfants, on se demande si c'est réellement l'enfant qu'elle désirait ou si ce n'était tout simplement que le désir d'essayer de se prouver qu'elles en étaient capable* ». Les processus qui conduisent des femmes vivant avec le VIH/sida, conscientes de leur statut et déjà sous traitement, à désirer un enfant sont loin d'être purement individuels. Un prescripteur de l'unité de prise en charge de Mbalmayo explique par exemple la récurrence de maternités dans la cohorte de ces femmes qu'il suit : « *Il y avait plusieurs jeunes filles sous stocrine (éfavirenz) et nous leur avons dit que cela était incompatible avec la maternité. Puis un jour, une fille de ce groupe est tombée enceinte et elle a accouché ; comme les malades se parlent, elle a dit à ses copines : vous dites quoi, c'est le stocrine là qui m'a donné le beau bébé ci... Et les autres ont aussi commencé à accoucher. Surtout que les gens ne savent pas qu'on peut accoucher avec le VIH, donc quand quelqu'un a fait une grande crise et il est soupçonné d'avoir les "quatre lettres" [le sida], lorsqu'il fait un enfant, le quartier ne sait plus et commence à croire qu'il s'est trompé.* »

⁵ 45 ans, Hôpital général de Yaoundé, 2004, marié et père de 5 enfants.

Chez des femmes vivant avec le VIH/sida, un désir d'enfant et la recherche effective d'une grossesse peuvent ainsi apporter une preuve de normalité. Il ne faut cependant pas réduire l'acte de ces femmes au seul souci de se protéger contre « *l'ostracisme social qui les frapperait faute d'accomplir ce devoir* » [17]. Une grossesse chez une femme vivant avec le VIH/sida sous traitement peut aussi s'avérer un acte de révolte contre la fatalité de sa maladie, la réaffirmation d'un contrôle sur sa propre vie, en dépit des contraintes d'un traitement lourd et censé se poursuivre indéfiniment. La grossesse peut à la fois relever d'une stratégie de reconquête d'une image socialement valorisée et du développement d'une nouvelle forme de désir d'enfant, celui d'un enfant pour soi, et réaffirmer une identité individuelle. Malheureusement, le milieu de soins et l'environnement social ne sont pas forcément à même de comprendre de telles démarches de la part des femmes vivant avec le VIH/sida. D'autant que dans les sociétés africaines, le désir d'enfant n'est pas couramment un projet individuel, mais s'inscrit dans un lignage, reflétant le désir d'un groupe qui recherche sa pérennisation [1].

L'enfant rejeté

Vidal évoque la réprobation qui, en dehors même du contexte du sida, entoure la maternité des adolescentes et rappelle que « *la maternité "à tout âge" et "à tout prix" n'est par réellement recherchée* » [17]. Dans le cas des maternités adolescentes, la réprobation s'enracine dans un jugement social sur l'âge et la précarité économique des « engendresseurs », qui apparaissent incapables d'assurer leur future responsabilité de pères. Dans le cas des femmes vivant avec le VIH/sida, les perceptions collectives peuvent induire un rejet plus radical encore de leur maternité et de leurs enfants.

Nous illustrerons ces situations de rejet par deux récits de vie.

Le premier est celui du petit Joe. À deux ans, il vit à Ndikiniméki, chez son oncle maternel. Mais en réalité, il est à peine toléré par ce dernier et son épouse, car sa mère est décédée du sida quatre mois auparavant. Lors de la palabre mortuaire, la famille a obligé l'oncle maternel à le prendre chez lui. Quelques semaines avant l'entretien que nous effectuons, il a présenté une dermatose qui a été négligée et s'est aggravée. Sa tante a alors estimé qu'il représentait un danger pour ses cousins et a menacé son oncle de quitter la maison avec ses propres enfants, si « cet enfant-là » continuait à y vivre. Dès lors, sous pression, l'oncle s'est mis en recherche d'une institution pour orphelins du sida.

Le second est celui d'une jeune fille que nous nommerons Anana. Elle a 25 ans, a été dépistée séropositive pour le VIH en 2006 et, depuis ce jour, son père ne lui a plus adressé la parole. Lorsqu'elle s'assied sur un fauteuil, son père recouvre celui-ci d'un drap avant de s'en servir à nouveau ou ne l'occupe plus pendant longtemps. Il a interdit à sa sœur, qui partageait son lit, de rentrer dans sa chambre. Lorsqu'elle s'est retrouvée enceinte, il n'a pas semblé le remarquer et a continué à faire comme si elle n'existait pas. Quand elle a accouché, elle n'a pas su quel nom donner à l'enfant ; elle a attendu que son père revendique ses droits, mais il a continué à se taire. Elle a déclaré la naissance de l'enfant à qui elle a donné le nom de son géniteur, car elle a compris que « *cet enfant ne représenterait jamais rien pour son père* ». Pour autant, ses tantes ont estimé que « *c'est elle qui avait humilié son père* » et refusent désormais de lui porter assistance, ainsi qu'à son bébé.

Ces deux récits montrent comment le VIH/sida déstabilise les structures de référence de la société camerounaise, pourtant habituée à recevoir et à accueillir la « *traditionnelle richesse* » d'une naissance et d'un enfant. Couramment, l'enfant a un alignement patri-linéaire si la mère est mariée au géniteur. Sinon, c'est le grand-père qui joue le rôle de père social de l'enfant. L'oncle maternel est un référent de protection important pour son neveu, qui, dans certains groupes, dispose de plus de droits vis-à-vis de cet oncle maternel que les propres fils de ce dernier. Sans prétendre qu'il n'existait pas, avant l'épidémie de VIH/sida, de familles déstructurées et d'enfants abandonnés en Afrique, on constate que les effets de stigmatisation qui s'appliquent aux femmes vivant avec le VIH/sida se transfèrent jusqu'à la génération suivante. Alors que la tradition alimentaire de nombreux rites et interdits dans le but de prévenir la stérilité, la naissance d'un enfant séropositif peut apparaître comme une menace pour le lignage et le groupe. Au lieu d'être valorisées, la concrétisation du désir d'enfant et la grossesse des femmes vivant avec le VIH/sida pourront susciter le rejet (parfois violent comme dans les deux récits de vie rapportés ci-dessus), car elles peuvent être interprétées par l'environnement comme un acte « contestataire », exprimant de la part de ces femmes une « *rupture biographique* » avec leur communauté [3].

Références bibliographiques

1. Abega SC. *Les violences sexuelles et l'État au Cameroun*. Kartala, Paris, 2007.
2. Afred C. *Grossesse, accouchement et allaitement chez les Bobo Madare du Burkina Faso*. Bulletin d'anthropologie de la santé en Afrique. 2000.
3. Bury M. Chronic illness as biography disruption. *Soc Hlth Ill* 1982 : 2.
4. De Loenzien M. *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA en Afrique*. L'Harmattan, Paris, 2002.
5. Desclaux A, Msellati P, Walentowitz S. Women, mothers and HIV care in resource-poor settings. *Soc Sci Med* 2009 ; 69 : 801-5.
6. Dozon J-P, Guillaume A. Contexte, conséquences socio-économiques et coût du sida, In Vallin J, Éd. *Populations africaines et sida*, La Découverte/CEPED, Paris, 1994.
7. Erny P. *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*. L'Harmattan, Paris, 1988.
8. Gray R, Wawer M, Serwadda D, et al. Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda. *Lancet* 1998 ; 351 : 98-103.
9. Héritier F. Stérilité, aridité et sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique, In Augé M et Herzlich C, Eds. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Édition des archives contemporaines, Paris, 1984.

10. Journet-Diallo O (en coll avec Fainzang S). La femme de mon mari. Anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France. L'Harmattan, Paris, 1989.
11. Koster W. *Secret strategies. Women and abortion in Yoruba society, Nigeria*. Aksant, Amsterdam, 2003.
12. Loubiere S, Peretti-Watel P, Boyer S, Blanche J, Abega SC, Spire B. HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon : Results from the Anrs-EVAL study. *Soc Sci Med* 2009 ; 69 : 885-91.
13. Mac Intyre J. Mothers infected with HIV. *Br Med Bull* 2003 ; 67 : 127-35.
14. Mimche H, Ngo Y, Abéga SC. *Les enjeux sexuels et reproductifs de la mise sous ARV des PVVS au Cameroun*. Rapport IRSA, Yaoundé, Cameroun, 2007.
15. Tourneux H *Les discours institutionnels sur la prévention du sida et leur impact sur la population cible au Nord Cameroun*. Projet. Anrs 12172. Anrs, Paris, 2007.
16. Van Gennep A. *Les Rites de passage*. Lavoisier, Paris, 1981.
17. Vidal L. *Femmes en temps de sida : expériences d'Afrique*. PUF, Paris, 2000.
18. Whiteside A. Demography and economics of HIV/AIDS. *Br Med Bull* 2001 ; 58 : 73-88.
19. Zaba B, Gregson S. Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS* 1998 ; 1 : S41-S50.

Chapitre 17

Gestion collective de la stigmatisation liée au VIH/sida et dédramatisation de l'accès aux médicaments antirétroviraux

Claude ABÉ

La présente contribution interroge les effets de la gestion sociale de l'infection à VIH sur l'accès aux multithérapies antirétrovirales dans une situation de décentralisation de l'offre de soins. De manière précise, l'objectif est de rendre compte des difficultés d'accéder aux antirétroviraux que génère la gestion collective de l'infection d'une personne vivant avec le VIH/sida au Cameroun. Les données de cette étude sont issues du travail de terrain qualitatif réalisé en parallèle de l'enquête quantitative EVAL – Anrs 12 116 dont les résultats ont été présentés dans plusieurs des chapitres précédents.

L'idée qui sous-tend le présent travail est que, dans un contexte où la communauté ou, pour emprunter une terminologie chère à l'école sociologique de Chicago, « l'en-groupe » constitue un référent déterminant dans la structuration du corps social et dans la production des interactions entre les agents sociaux, la dédramatisation de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida doit être mise en rapport avec les formes collectives de gestion de la maladie au quotidien. Le travail comporte deux articulations. La première porte sur la construction sociale du sida pendant que la seconde aborde ses conséquences sur la décentralisation de l'accès aux antirétroviraux.

Construction sociale du sida et « dramatisation » de l'accès aux antirétroviraux

La production sociale du stigma

Dans ce pays comme dans bien d'autres, il est avéré que les personnes vivant avec le VIH/sida expérimentent quotidiennement la stigmatisation. Pour une personne vivant avec le VIH/sida, lutter contre son mal ne se résume pas seulement à un problème de prise en charge de son état physiologique, mais aussi à gérer le « *regard invalidant* » de l'autre [19], qui peut aller du discrédit et de la disqualification à l'accusation d'être porteur d'une impureté/souillure. La discrimination liée au VIH/sida fonctionne, notamment dans le contexte familial, à la manière des stigmates que Goffman [12] qualifie de tribaux, car ils « *peuvent se transmettre de génération en génération et contaminer également tous les membres d'une famille* ». Une fois le statut sérologique positif de l'un de ses membres connu du reste de la famille, celle-ci doit gérer la situation, de manière à protéger la renommée de l'en-groupe vis-à-vis du hors-groupe, soit le reste de l'environnement social. C'est pour cette raison que l'on a vu « *disparaître* » le sida comme cause de mortalité au Cameroun [2].

Certaines représentations collectives associent le sida à une maladie de la honte [1], quand elles ne vont pas jusqu'à y voir la preuve d'une malédiction [2]. Dans l'imaginaire collectif au Cameroun, le sida passe souvent aussi pour la conséquence d'une vie sexuelle désordonnée et « *déviante, se manifestant par une multiplication pathologique des partenaires* » [9]. Le postulat de cette manière de voir les choses c'est que la personne vivant avec le VIH/sida est victime de « *l'utilisation immorale de son corps* » [18]. Ce passage du sida d'une « *infection virale* » à une « *infection morale* » entretient la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida. Dans cette construction de ces personnes en « *altérité dangereuse* » [10], les représentations peuvent aussi avoir recours au registre du religieux. Dans nombre d'églises, le sida est présenté aux ouailles comme le résultat d'une malédiction survenue à la suite du bris d'un interdit ou d'une règle établie par Dieu, notamment la fornication. Ce qui est alors pointé du doigt c'est l'infidélité. Or, cette dernière renvoie « *à la dichotomie entre le Bien et le Mal. Dans cette opposition, la maladie apparaît une fois de plus comme la conséquence d'une transgression* » [16]. Cette interprétation de la maladie comme une sanction conduit à porter une accusation sur les personnes qui en sont victimes, qui deviennent, par la même opération, des « *coupables "punis" qui doivent supporter les conséquences de leur inconduite* » [4]. De ce point de vue, dans la société camerounaise, le sida peut être perçu dans le registre du « *discours écologique* » comme « *une pollution* » de l'ordre social, une remise en cause de sa pureté [5]. Dans la perspective de Douglas, la souillure renvoie justement aux rapports des hommes à la saleté et au désordre. Selon cette anthropologie de l'impur, ces rapports sont fondamentalement symboliques et permettent de procéder à des classifications entre le normal et le pathologique si l'on veut parler comme Durkheim [6]. Le recours à la stigmatisation doit être compris comme un *mode de traitement du risque* qui se structure, au demeurant, comme un dispositif d'autodéfense de la société [3].

Confronté au « *syndrome de la culpabilisation* » [7], le Camerounais ordinaire qui vit avec le VIH/sida est fortement incité à protéger sa séropositivité du regard d'autrui. Cette attitude doit cependant être appréciée à sa juste valeur, c'est-à-dire comme un acte de conservation de soi, une expression de l'instinct de conservation face au danger que peut représenter la « *perte de la face* » aux yeux de la société. Le danger que courent, en effet, ces malades c'est de se voir mis au ban de la société, à l'écart de toutes les activités et de l'ensemble des espaces de sociabilité quotidienne. Il est donc normal et, en quelque sorte, légitime que ceux-ci mettent en œuvre des stratégies de survie visant à échapper aux conséquences de l'évitement ou de la rupture du lien social tout court.

De ce point de vue, le fait d'être mis sous traitement antirétroviral peut confronter une partie des patients concernés à un véritable drame intime et à des choix difficiles, voire impossibles, entre leur survie individuelle et une menace vis-à-vis de leur position dans le système social.

La dramatisation de la séropositivité

L'autre élément qui atteste que le sida est vécu comme un véritable drame par nombre de personnes vivant avec le VIH/sida est que le statut de séropositif engendre des tensions dans le cadre familial. Dans nombre de situations, le fait de rendre public ce statut au sein de cet espace de vie remet en question les liens sociaux et structure une condition sociale particulière, la condition de

personne vivant avec le VIH/sida. Au regard des entretiens réalisés au cours de notre enquête, il apparaît bien que ce qui est menacé c'est le lien social. En effet, la dramatisation de la séropositivité débouche sur la rupture du lien social. Deux récits de vie permettent de l'illustrer.

Hortense, 33 ans, rencontrée au CHU de Yaoundé, sous antirétroviraux depuis quatre ans, a vécu le drame de la séparation d'avec son conjoint à qui elle était mariée depuis dix ans.

– Enquêteur (E dans la suite du texte) : *« Comment ta situation a fait que tu puisses te séparer avec ton conjoint ? Il y a eu mésentente... comment est ce que cela s'est passé ?*

– Répondant (R dans la suite du texte) : *Bon, j'ai dit tantôt que quand j'étais enceinte du deuxième fils j'ai fait le test, c'était négatif, quand j'étais enceinte du 3^e fils, j'ai fait les tests, c'était positif. Le médecin a convoqué mon mari, on vivait à Douala, et puis le médecin lui a expliqué la situation. Il a répondu au médecin c'est un petit problème, mais arrivé à la maison, alors que le médecin lui avait dit de faire aussi son test, il a dit qu'il ne voulait pas le faire. J'ai dit dans ce cas là qu'est ce que je fais ? Il a exigé que je change d'hôpital et moi j'ai obéi parce que... en tout cas, le sida là, j'entendais seulement sida, sida, mais je n'étais vraiment pas incluse. Bon, j'ai accouché six mois après et mon mari m'a envoyé chez nous venir montrer mon bébé aux parents, comme ma famille est ici à Yaoundé. C'est arrivé ici donc que mes parents ont vu mon état de santé, ils m'ont donc pris et ils m'ont emmené au CHU et c'est là que je me suis faite dépister de nouveau, et le médecin après les résultats m'a demandé d'aller directement sur Douala voir mon mari et qu'il faut qu'il aille aussi à l'hôpital se faire dépister, pour qu'on voit comment est ce que on va vivre. Je suis donc retournée à Douala, et je lui ai expliqué... il m'a dit c'est une maladie qui n'existe pas et que je ne dois pas lui parler de ce qui ne le concerne pas. Quand il a dit ça, je lui ai dit bon quelle est la décision qu'on doit prendre ? Il m'a dit que tant que je suis sa femme, il ne peut pas utiliser les préservatifs. Alors, je suis allée voir ma belle mère, en principe toute ma belle famille. Je leur ai expliqué la situation en leur montrant ma sérologie, ma belle mère m'a dit c'est une maladie qui n'existe pas, ta famille t'a vendue, va mourir chez vous ! Je suis donc rentrée ce soir là et j'ai dit à mon mari : maintenant on fait comment, quelle est la conduite à suivre ? Il m'a répondu de décider moi-même. J'ai dit la nuit porte conseil, et le matin, j'ai dit que je pense que la meilleure décision c'est de partir, parce que si je continue à rester là comme je suis en train de faner, je vais finir par mourir. Le mieux c'est que je rentre chez nous pour que mes parents s'occupent de moi si je peux me relever, il m'a dit il n'y pas de problèmes, je suis allée au marché le matin du jour là j'ai acheté les cartons, je suis venue, j'ai plié les trucs que ma famille m'avait donnés quand j'allais en mariage, et je suis partie depuis quatre ans avec tous les enfants*

– E : *Donc, à t'entendre parler, ça veut dire qu'il a été pour toi comme un obstacle, il n'a vraiment pas coopéré avec toi.*

– R : *il n'a pas coopéré, il n'a pas coopéré. Maintenant, comme les enfants sont malades, quand je l'appelle, il me dit que c'est ça que j'ai voulu que je dois assumer. Je lui ai dit mais c'est ce que j'ai voulu, ça veut dire quoi ? Il m'a dit que j'ai pris toute seule la décision de partir, je lui ai dit que ok moi étant dans cette situation là, qu'est ce qu'il fallait que je fasse puisqu'il ne voulait rien comprendre. Tout cela, c'est un prétexte pour ne pas s'occuper de ses enfants. »*

Ce qui précède indique que, dans certaines situations, rendre public son statut sérologique est porteur de graves conséquences sur les rapports avec les membres de la cellule familiale. La séropositivité devient un facteur de déconstruction du lien social.

C'est aussi ce que démontre le cas de Mariam, une ménagère de 34 ans rencontrée à Maroua, personne vivant avec le VIH/sida sous antirétroviraux depuis 2003. Si son époux n'a pas mal accueilli l'annonce de son statut sérologique, il ne supporte plus cependant son « *handicap* » de ne pouvoir lui faire d'enfant du fait de sa maladie. Elle est victime du désir d'enfant de la part de son conjoint, qui menace de la répudier pour prendre une autre femme. C'est ce qui ressort de ses propos :

- E : « *Quand tu as été dépistée positive, comment ton époux a réagi ?* »
- R : *Il m'a dit qu'il ne voit pas de problèmes que je vais te supporter jusqu'à... je ne peux pas te laisser*
- E : *Est ce que tu en a parlé à ta famille ?*
- R : *Non bon je lui ai dit qu'on doit faire les rapports protégés.* » L'entretien est interrompu par des pleurs et c'est à la suite de cette crise de larmes que Mariam avoue ce qui suit. « *J'ai des problèmes maintenant, mon mari il dit que lui il veut les enfants, moi je ne peux plus accoucher chaque jour, chaque jour je suis malade, il va prendre une autre femme, il faut que je parte et je fais rien, madame.* »

Ces tensions familiales expliquent que le dépistage puisse être compris comme un risque et qu'en conséquence, il soit redouté. La crainte de la stigmatisation, réelle ou non, n'encourage pas les individus à recourir au test. Les données collectées attestent que les personnes vivant avec le VIH/sida ont rarement agi, de leur propre chef, dans une démarche purement volontariste pour se faire dépister. Dans nombre de cas, c'est davantage la conséquence d'un concours de circonstances. Les entretiens biographiques permettent de le documenter.

Chantal, 26 ans, étudiante à l'Université de Yaoundé II, située dans une banlieue distante de près de 15 kilomètres de Yaoundé (Soa), est d'abord passée par un tradi-praticien. Mais, comme les signes cliniques dont elle souffrait ne s'amélioreraient pas, elle s'est rendue au CHU de Yaoundé où elle accepte un entretien. C'est alors le médecin qui l'a convaincue de se soumettre à un test de dépistage du VIH. Pour Marguerite, âgée de 29 ans, personne vivant avec le VIH/sida interviewée à l'Hôpital général de Yaoundé, c'est son concubin, lui-même testé positif, qui l'a amenée se faire dépister. Pour une autre dame, plus âgée, qui a perdu son conjoint qui avait été testé séropositif pendant sa maladie, c'est à la suite des conseils du médecin du CHU de Yaoundé, qui suivait son époux, qu'elle a décidé de recourir au test qui a confirmé qu'elle aussi était séropositive.

Il ressort bien de ces trois récits, qui pourraient être corroborés par beaucoup d'autres, que cette « *série d'attitudes individuelles expriment une tendance sociale* » [17]. L'attitude de la société « *restreint la volonté des personnes de connaître leur statut sérologique et limite le recours au dépistage* » [4]. Le fait de redouter le test apparaît bien comme une reproduction de la dramatisation qui entoure les représentations sociales du sida. L'accès aux soins peut dès lors être vécu comme une menace, un danger qu'il faut éviter pour se protéger des retombées éventuelles sur son statut social.

Une lecture similaire peut être faite au sujet du partage du statut sérologique par la personne vivant avec le VIH/sida. Au regard des données collectées au cours des entretiens, il ressort bien que, comme dans les enquêtes quantitatives menées sur de plus vastes échantillons [8, 14], trois types d'attitudes se retrouvent chez les personnes vivant avec le VIH/sida : celle qui consiste à ne partager son statut avec personne, celle qui préfère s'ouvrir au cercle fermé de sa famille et de ceux qui partagent son intimité, et la troisième catégorie composée des individus qui sont prêts à paraître dans l'espace public sous cette identité.

C'est dans cette dernière catégorie que l'on peut classer la veuve rencontrée au CHU, celle qui s'est soumise au test sous la pression du décès de son époux. Voici ce qu'elle affirme pour attester que le regard des autres ne la gêne pas : « *Là où je suis là, pour que je dise à quelqu'un que je suis séropositive ça ne me coûte rien, par exemple quand un homme s'approche de moi, la première des choses, je lui dis que je suis séropositive, je lui dis d'abord ça* ». Pour elle, il s'agit d'être en harmonie avec sa conscience et surtout d'éviter aux autres de se retrouver dans la même situation. À côté de cette catégorie, se trouve celle de cet homme marié, interviewé à l'Hôpital Laquintinie de Douala : sa conjointe est au courant, même s'il s'agit d'un couple discordant du point de vue du statut sérologique. Mais, il tient à préserver son intimité ; c'est pourquoi, personne d'autre n'est informé, même pas ses enfants, qu'il juge encore « *immatures* ». Il y a enfin les cas comme celui de cette jeune dame rencontrée à l'Hôpital général de Yaoundé qui déclare « *ne pas vouloir penser* » au fait qu'elle est séropositive et qui, du coup, ne veut en parler avec personne par crainte « *de perdre la face* ».

Décentralisation de l'accès au traitement : une appropriation par défaut ?

Peur de la stigmatisation et accès aux antirétroviraux

L'enquête quantitative EVAL Anrs 12 116 montre qu'un peu moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida médicalement éligibles au traitement anti-rétroviral (45 %) se sont fait diagnostiquer dans un centre de soins différent de celui où elles sont suivies au moment de l'enquête, et que ce fait accroît le risque de ne pas avoir d'accès effectif au traitement (voir Chapitre 5). Nos entretiens qualitatifs suggèrent qu'une partie de la mobilité des personnes vivant avec le VIH/sida entre les structures de soins renvoie à une gestion du risque de stigmatisation et que celui-ci fait donc partiellement obstacle à l'objectif proclamé de la politique de décentralisation de l'accès au traitement : rapprocher les populations-cibles des unités de prise en charge qui leur sont territorialement les plus proches et, donc, a priori les plus accessibles.

Dans le souci de passer inaperçues, certaines personnes vivant avec le VIH/sida développent des stratégies d'évitement qui les éloignent des unités de soins les plus proches de leur espace de vie habituel. C'est le cas des localités de moindre importance, telles que Abong Mbang ou encore Bélabo, deux unités de prise en charge situées dans l'Est du Cameroun. Ici, l'on se trouve dans des espaces de vie où presque tout le monde se connaît. La densité de la population est faible, augmentant le risque pour les patients que leur statut soit largement ébruité. La solution qu'ils adoptent est alors de se faire prendre en charge dans les villes voisines. Selon le médecin en charge de l'unité de prise en charge d'Abong Mbang, interrogé en 2006 lors du démarrage de la disponibilité du traitement

antirétroviral, « *les gens ont peur de la stigmatisation ; les habitants préfèrent aller à Bertoua qui est à près de 100 km de distance* ».

À la même époque (janvier 2006), on a observé une dynamique similaire au Centre médical d'arrondissement (CMA) de Bélabo. Le médecin de cette unité de soins déclarait ce qui suit : « *Pratiquement, pour tout bilan, le CMA de Bélabo réfère le malade à Bertoua (soit 80 km de distance). Or tous les malades qui vont à Bertoua pour les examens ne reviennent pas nous voir. La contre référence ne suit pas. Nous avons essayé de prélever et d'amener à Bertoua, mais les gens nous suspectent de gagner quelque chose en rendant ce service. Les gens vont aussi rester à Bertoua en raison des problèmes d'anonymat et du manque de confiance dans le personnel de soin quant au respect de la confidentialité sur leur situation médicale* ». De même, plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida interrogées à l'Hôpital de Yaoundé reconnaissent « *venir de loin* » et parcourir de longues distances pour « *échapper au regard des autres* ».

Si comme le confirment les résultats d'ensemble de l'enquête EVAL, la décentralisation a indéniablement facilité l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH/sida les plus pauvres et vulnérables, la proximité géographique du lieu de soins peut néanmoins, dans certains cas, être synonyme d'une proximité sociale vécue par les personnes vivant avec le VIH/sida comme augmentant les risques de stigmatisation dans leur environnement quotidien.

Suivi du traitement : les stratégies d'évitement du stigma

À l'image du sida lui-même, les médicaments antirétroviraux apparaissent souvent, dans les entretiens, comme « *un produit de la honte* », dont la présence au domicile n'est pas souhaitée. La plupart des personnes vivant avec le VIH/sida interrogées reconnaissent organiser l'invisibilité des antirétroviraux dans leur maison, en tenant ces produits loin des regards des autres membres du foyer, dans un espace intime dont elles s'efforcent de se réserver l'accès.

Chantal, l'étudiante de l'Université de Yaoundé II dont nous avons parlé plus haut, partage une chambre dans une mini-cité pour étudiants avec une de ses amies, elle aussi étudiante. Elle a imaginé deux stratégies pour protéger la confidentialité sur son statut sérologique : d'une part, pour conserver ses antirétroviraux loin du regard de son amie, elle les dissimule dans sa valise qui est fermée à l'aide d'un cadenas dont « *la clef ne la quitte jamais* », quelles que soient la nature et la durée de son déplacement ; d'autre part, pour maintenir le secret sur son traitement, elle s'assure longuement qu'elle est seule et ne peut être surprise avant de procéder à ses prises journalières d'antirétroviraux.

Une personne vivant avec le VIH/sida, de sexe masculin, interviewée à l'Hôpital Laquintinie, décrit en ces termes sa gestion du secret sur le partage de son statut sérologique avec les membres de ses réseaux de sociabilité :

- Enquêteur (E) : « *Face à des gens que vous connaissez, vous avez toujours le même comportement ?*
- Répondant (R) : *Oui je fais comme si de rien n'était, c'est moi qui connaît ma maladie, eux ils ne connaissent pas, moi seul je gère ma maladie.*
- E : *Pourquoi vous ne dites pas à vos amis du quartier que vous êtes malade ?*
- R : *Leur dire...*
- E : *Non je vous pose la question, vous avez vos raisons, moi je...*

– R : *Je ne peux pas leur dire, parce que un ami..., c'est l'ami qui généralement va aller se mettre au marché... dire que vous voyez un tel, il est séropositif ; c'est monté, c'est descendu, même pour rien, je préfère que ce soient mes personnes, mes propres personnes ».*

Les entretiens confirment bien ce que l'enquête quantitative révélait de façon agrégée, à savoir que le support social rencontré dans l'entourage familial, selon qu'il est ou non freiné par la stigmatisation, constitue un déterminant fort de l'observance au traitement. Il y fait obstacle, comme dans le cas de cette jeune fille interviewée au CHU de Yaoundé qui voit le stigma se matérialiser par son exclusion de l'accès à certains objets de la maison à usage commun : « *On m'a donné mes choses à moi. La femme de mon grand frère a séparé les cuillères et les assiettes. Il y a des choses qui sont utilisées par tout monde sauf moi et celles qui me sont réservées. J'ai mes cuillères, mes assiettes, mes marmites, mes verres, et mon gobelet. Tous les jours, elle me dit que je vais finir l'argent de son mari avec mes médicaments et que quand on me demandait de rester tranquille, je ne suivais personne ».*

À l'inverse, l'entourage familial peut constituer un solide soutien pour la personne vivant avec le VIH/sida sous traitement. C'est le cas de cette dame dont la progéniture veille sur la régularité de sa prise des médicaments antirétroviraux : « *mes enfants me rappellent toujours, lorsque j'oublie de prendre les médicaments »*, reconnaît-elle. Une autre personne vivant avec le VIH/sida, rencontrée à l'Hôpital de Bonassama à Douala au cours de l'enquête, reconnaît la même implication de la part de sa progéniture : « *je dis souvent apportez-moi les remèdes les enfants, je veux boire et quand ils voient que l'heure arrive ou que c'est dépassé, ils me rappellent. Quand je voyage, avant de partir, ils demandent mama, as-tu emporté les remèdes ? ».*

En conclusion, ce travail qualitatif souligne bien les liens étroits qui doivent être établis entre le souci d'efficacité technique qui préside à la décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral au Cameroun et la nécessité de trouver une efficacité sociale plus grande dans la lutte contre la stigmatisation dont les personnes vivant avec le VIH/sida continuent de faire l'objet.

Références bibliographiques

1. Abéga SC. Ambiguïté de classe et pièges du discours : le condom. *Bastidiana* 2001 ; (33-34) : 205-23.
2. Abéga SC, Abé C. Approches anthropologiques de la sorcellerie. *Cahiers de l'UCAC* 2005 ; (8-10) : 33-45.
3. Beck U. La politique dans la société du risque. *La revue du MAUSS* 2001 ; (17) : 376-92.

4. Desclaux A. Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle. In : UNESCO. *VIH/SIDA. Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique (actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'UNESCO)*. UNESCO, Paris, 2003, p. 1-9.
5. Douglas M. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Maspero, Paris, 1967.
6. Durkheim E. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris, PUF, 1999.
7. Eboko F, Renaudin C. La lutte contre le sida au Cameroun : collusions entre perspectives internationales et dynamiques d'un État fragile. *Terroirs (Revue africaine de sciences sociales et de culture)* 2005 ; (1-2) : 201-28.
8. Ehiri JE, Anyanwu EC, Donath E, Kanu I, Jolly PE. AIDS-related stigma in sub-Saharan Africa : its contexts and potential intervention strategies. *AIDS Pub Pol J* 2005 ; 20 : 25-39.
9. Fassin D. L'anthropologie entre engagement et distanciation : essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique, In Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M, Eds. *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and understanding AIDS in Africa*. CODESRIA-Karthala-IRD, Paris/Dakar, 1999, p. 41-66.
10. Fay C. Introduction. Risques, enjeux et partenaires de la lutte internationale contre le sida. *Autrepart* 1999 ; (12) : 5-17.
11. Goffman E. *Les rites d'interaction*. Éditions de Minuit, Paris, 1998 (la première édition traduite en français date de 1974).
12. Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Éditions de Minuit, Paris, 1975.
13. Koulla-Shiro S, Delaporte E. *Troisièmes journées scientifiques du site Anrs-Cameroun*. Rapport scientifique. Anrs, Paris, 2009.
14. Peretti-Watel P, Spire B, Obadia Y, Moatti JP. Discrimination against HIV-Infected People and the Spread of HIV : Some Evidence from France. *PLoS ONE* 2007 ; 2(5) : e411. doi:10.1371/journal.pone.0000411
15. Segalen M. *Rites et rituels contemporains*. Nathan, Paris, 2002.
16. Taverne B. Valeurs morales et messages de prévention : la « fidélité » contre le sida au Burkina Faso, In Becker C, Dozon J-P, Obbo C, Touré M, Eds. *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and understanding AIDS in Africa*. CODESRIA-Karthala-IRD, Paris/Dakar, 1999, p. 509-25.
17. Vidal L. Travers culturalistes et pertinences du social dans l'approche du sida en Afrique, In UNESCO. *VIH/sida. Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique (actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'UNESCO)*. UNESCO, Paris, 2003, p. 15-19.
18. Vignato S. Le corps exclu : notes sur le sida en Malaisie. *Autrepart* 1999 ; (12) : 87-103.
19. Wieviorka M. *La différence. Identités culturelles : enjeux, débats et politiques*. L'Aube, Paris, 2005.

Chapitre 18

ONG et associations de lutte contre le sida au Cameroun.

De la subordination vers l'émancipation à l'heure de l'accès au traitement antirétroviral

Fred EBOKO, Yves-Paul MANDJEM

Un champ en mutation

L'un des projets de recherche contribuant à l'évaluation du programme camerounais d'accès au traitement antirétroviral s'est fixé pour ambition de décrire et d'analyser les rôles des acteurs impliqués dans la lutte contre le sida¹. La perspective du « passage à l'échelle » n'a pas seulement produit un changement majeur de l'organisation thérapeutique et psychosociale de la prise en charge des patients. Elle constitue une mutation profonde du positionnement des associations de lutte contre le sida au Cameroun et, en particulier, des associations de personnes vivant avec le VIH/sida. Le projet de recherche sur lequel se fonde ce chapitre a particulièrement concerné des investigations menées dans trois régions du Cameroun : l'Ouest et l'Extrême-Nord et, surtout, la province du Littoral, qui a pour chef-lieu Douala, la capitale économique du Cameroun, son principal port et la ville la plus peuplée du pays avec près de trois millions d'habitants.

Ce chapitre met en exergue la configuration sociale au sein de laquelle se meuvent les associations, à l'heure de l'accès des personnes vivant avec le VIH/sida aux médicaments antirétroviraux. Officiellement, le Cameroun comptait en 2008 près de 300 associations de lutte contre le sida, parmi lesquelles 75 sont spécifiques aux personnes vivant avec le VIH/sida. L'évolution des rapports des unes par rapport aux autres est particulièrement importante pour comprendre la longue marche de ces associations, de leur subordination aux associations et aux ONG plus puissantes impliquées dans la lutte contre le sida dans les années 1990 vers ce qui ressemble aujourd'hui, au moins pour certaines d'entre elles, à une émancipation, avec l'ouverture de plus en plus poussée de leurs réseaux et de leurs ressources à des apports extérieurs

Notre analyse s'efforce d'abord de replacer le rôle des associations dans l'évolution de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun d'un point de vue diachronique. Il s'agit de montrer comment l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral a coïncidé avec des mutations sociologiques au sein des associations et à des transformations de leurs formes d'organisation et de leurs pratiques, à partir du début des années 2000. C'est l'objet de la première partie de ce chapitre.

¹ Projet POLART-Anrs 12 120 « La problématique de l'accès aux médicaments contre le sida au Cameroun. Enjeux, avancées, limites et perspectives de la décentralisation d'une offre de soins. »

Dans les années 1990, le champ associatif était constitué majoritairement de personnes démunies, à plus de 80 % des femmes, confrontées à la précarité et d'extraction sociale modeste, les hommes, quoique minoritaires en nombre, exerçant cependant la direction de la quasi-totalité de ces organisations. Le chapitre montre comment le profil sociologique des associations s'est transformé avec la montée en puissance du programme d'accès au traitement antirétroviral. Les professions et catégories sociales de la « classe moyenne », représentées par des personnes de plus en plus diplômées par rapport aux effectifs de la période qui avait précédé la disponibilité des traitements, ont fait leur entrée dans les associations et, surtout, dans leurs directions. À cette « élitisation » de la dynamique associative est venue s'ajouter une forte féminisation de la conduite de ces organisations, qui rompt également avec les pratiques de « leadership » masculin de la décennie précédente. Un troisième indicateur de cette modification sociologique est constitué par la professionnalisation des acteurs associatifs, notamment dans celles de ces organisations qui parviennent à s'insérer dans le champ institutionnel de la lutte contre le VIH/sida et dans des réseaux internationaux.

La ville de Douala a été un terrain particulièrement propice à l'étude de ces modifications, complétée ultérieurement par la collecte de données dans les deux autres provinces. L'objectif de l'étude détaillée dans la seconde partie de ce chapitre était notamment de comprendre comment les associations interviennent dans l'accès au traitement antirétroviral qui implique une multiplicité de partenariats et des relations entre acteurs. À cette fin, l'équipe de recherche a réalisé, à Douala et dans le reste de la province du Littoral, des entretiens avec plus d'une centaine d'acteurs : responsables administratifs et partenaires internationaux impliqués dans la gestion du programme d'accès au traitement antirétroviral d'une part, membres et présidents (es) d'une vingtaine d'associations d'autre part².

Les associations camerounaises au regard des dynamiques africaines

Pour comprendre les antécédents socio-politiques et sanitaires dans lesquels s'est inscrite la rupture introduite par l'accès aux antirétroviraux dans la vie des associations, il nous faut retracer les grandes lignes de la genèse des arènes politiques dans lesquelles celles-ci évoluent. L'exemple des associations camerounaises, dans leurs différences de structure et d'influence, comme dans leurs ressources inégales, amène aussi des enseignements au niveau de l'Afrique sub-saharienne et permet ainsi de distinguer des récurrences africaines et internationales et des spécificités nationales, voire locales.

Dans les pays d'Afrique sub-saharienne les plus précocement touchés par l'épidémie (Afrique de l'Est et australe), les mobilisations collectives, de type associatif, contre le sida ont pris forme dès la seconde moitié des années 1980. Les pays d'Afrique du Centre et de l'Ouest, comme le Cameroun, ont connu une temporalité différente. Les cultures politiques, liées à des passés coloniaux différents, « pays anglophones », *versus* « pays francophones » en l'occurrence,

² Une restitution à eu lieu à Douala, en mai 2008, en présence des représentants des associations et du groupe technique provincial/régional du comité national de lutte contre le sida.

expliquent sans doute pour partie que les premiers aient été plus enclins à produire ce type d'action collective. Mais, le rôle des facteurs socio-épidémiologiques a probablement été déterminant. Les pays anglophones dans lesquels ces mobilisations collectives ont été les premières à voir le jour (Ouganda, Zambie et, un peu plus tard, République sud-africaine) font partie de ceux où les taux observés de prévalence du VIH/sida étaient les plus élevés dès les années 1980. Les villes dans lesquelles ont émergé les mobilisations les plus visibles et les plus pérennes depuis les années 1980 ont connu de véritables situations de crise épidémiologique : Kampala en Ouganda [19], Kinshasa dans l'ex-Zaïre avant la guerre civile. De même, dans les pays dits « francophones », c'est dans celui alors considéré comme le plus touché en Afrique de l'Ouest et du Centre, la Côte d'Ivoire³, que sont d'abord apparues les associations les plus dynamiques et les plus actives [6]. Pour autant, cette variable épidémiologique est à mettre en relation avec la capacité historique de la société civile à se mobiliser pour une cause commune, au-delà de la seule intervention de l'État. À ces déterminants épidémiologique et socio-historique des mobilisations collectives, doit donc être ajoutée la variabilité des dynamiques proprement politiques. L'organisation spécifique de l'État, comme la situation politique et économique de chaque pays ont, selon les cas, facilité les mobilisations associatives (du fait de la faiblesse de l'État, notamment là où celui-ci était trop faible pour organiser la lutte contre le VIH/sida) ou les ont ralenties (par la prééminence des pouvoirs publics) [18, 19]. La capacité d'intervention des partenaires internationaux (ONG internationales et agences de coopération bi et multilatérales) a également joué un rôle significatif dans plusieurs pays, ces partenaires s'efforçant, en général, de s'appuyer sur l'action des ONG pour « contrebalancer » ce qu'elles perçoivent souvent comme le « bureaucratisme » des services publics gouvernementaux [11].

La situation épidémiologique du Cameroun se rapprochait de celle de la plupart des autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre, avec, dans les années 1980, des taux de prévalence considérés comme faibles (0,5 % en 1988), mais dont la progression s'est accélérée dans les années 1990 et 2000 (5,5 % depuis 2004). Dans ces pays, qu'ils demeurent peu touchés (comme le Sénégal avec une séroprévalence de 1 %) ou qu'ils voient s'établir une dynamique épidémique importante (comme le Cameroun), les mobilisations des personnes vivant avec le VIH/sida ont eu, à l'exception de la Côte d'Ivoire [6], du mal à émerger. Un point commun à l'ensemble de ces pays francophones, Côte d'Ivoire comprise, est que la création initiale des associations ne s'est pas enracinée dans une mobilisation spontanée et une auto-organisation des personnes vivant avec le VIH/sida elles-mêmes. Les associations, dans ces pays, ont été majoritairement créées à l'incitation des personnels biomédicaux, des ONG de lutte contre le sida conduites par ces mêmes personnels ou encore à la demande des organisations internationales comme l'ONUSIDA ou le programme des Nations unies pour le développement (PNUD). C'est le cas du Sénégal pour lequel on a pu parler de « *genèse d'une participation décrétée* » [25] ou d'associations « sous tutelle » [8, 9]. La Côte d'Ivoire a néanmoins connu le plus tôt une autonomisation des associations [23, 24], grâce à l'intégration de celles-ci à des réseaux d'ONG internationales et françaises, en particulier [6]. Le Cameroun représente une

³ En Côte d'Ivoire, le taux de prévalence du VIH était estimé à 10 % pour la population générale adulte, dans les années 1990, avec un pic de 20 % dans la zone de la capitale, Abidjan. Ce taux a été révisé à la baisse (de l'ordre de 5 %) depuis les années 2000.

combinaison des types précédents. Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida ont d'abord été créées à l'initiative de médecins hospitaliers jouant en quelque sorte des rôles d'« agents doubles », à la fois comme soignants et comme présidents des principales associations de lutte contre le sida [14] ; puis elles ont connu une évolution nette vers plus d'autonomie à l'égard du monde médical, appuyée par des connexions internationales tissées à partir des années 2000. Non sans un certain paradoxe, l'accès au traitement antirétroviral a ainsi produit un relâchement de l'influence des réseaux de médecins dans le champ associatif, à la faveur d'une médicalisation accrue de la prise en charge des patients.

Genèse et évolution des associations de lutte contre le VIH/sida au Cameroun

Deux périodes distinctes (avant et après l'accès au traitement antirétroviral) marquent bien l'historique des associations et des ONGs de lutte contre le sida au Cameroun. L'organisation de la septième conférence sur le sida en Afrique, tenue à Yaoundé en 1992, a provoqué l'essor des actions en matière d'information, éducation et communication et, de fait, l'essor de la création d'associations de lutte contre le sida censées contribuer à ces efforts en direction de la population. Elles naquirent surtout dans les deux plus grandes agglomérations camerounaises, Yaoundé, la capitale politique et, dans une moindre mesure, Douala, la métropole économique. Pendant ces années 1990, on distingue en fait deux types d'organisations impliquées dans la lutte contre le sida, même si toutes partagent alors un même statut juridique d'associations régies par la loi de décembre 1990 sur les libertés publiques qui concerne, entre autres, la vie des associations. À partir d'une loi ultérieure de décembre 1999, il sera d'ailleurs introduit un statut juridique différencié. Les « associations » ne deviennent des « ONG » que sous certaines conditions, notamment après une durée d'existence minimale de trois ans. En outre, certaines ONG peuvent obtenir d'être déclarées « d'utilité publique » par décret présidentiel, ce qui constitue, selon cette loi, la condition, *sine qua non* pour recevoir des fonds issus directement de l'étranger [26].

Les ONG comme SidAlerte ou la Society for Women and AIDS in Africa, dont nous reparlerons plus loin, sont des filiales nationales de structures internationales, pan-africaines ou plus globales, dirigées principalement par des médecins. Leur obédience et leur audience dans les années 1990 furent corréliées à des ambitions nationales et multidimensionnelles (information, éducation et communication, recherche scientifique, organisation de structures plus petites en réseau, etc.). Les autres, nommées plus communément « associations », couvraient des territoires plus restreints (du quartier à la ville ou à une partie du pays) et des catégories de bénéficiaires plus ciblées (jeunes, femmes, élèves, étudiants, personnes vivant avec le VIH/sida). Pendant cette première décennie de l'essor associatif et avec des succès variables et différenciés suivant la ville, les principales ONG ont tenté de réguler, d'encadrer, de contrôler, voire de commanditer les actions des associations de taille plus réduite.

Une donnée essentielle orientait et continue d'influencer ce faisceau d'actions collectives : les ressources matérielles et la reconnaissance sociale. En effet, jusqu'à la fin de l'année 1997, la lutte contre le sida en Afrique, et en l'occurrence au Cameroun, fut surtout orientée vers la prévention ou, plus précisément, la

tentative de contention locale de la pandémie, sans recours thérapeutique spécifique et, selon toute vraisemblance, sans une volonté politique internationale pour qu'il en fut autrement [28]. De ce fait, les prérogatives et les missions que les ONG et les associations se voient assignées se limitent principalement à l'information, éducation et communication, puis au soutien psycho-social des personnes vivant avec le VIH/sida. La connexion aux réseaux de financements pouvant être sollicités, soit directement à l'étranger, soit localement auprès d'agences de coopération sises en majorité à Yaoundé, jouait un rôle clé dans les capacités d'action associatives.

Au cours de cette période, les acteurs biomédicaux ont pu jouer de leurs compétences, de leur influence et de leur légitimité auprès de ces réseaux transnationaux pour occuper l'espace construit entre les bailleurs de fonds et les groupes sociaux « cibles » de la prévention, en servant d'intermédiaires obligés entre donateurs et receveurs. L'inégalité des pouvoirs entre les uns et les autres, entre les « petits » et les « grands », permit une sorte de *statu quo* de cette situation pendant près de dix ans. La relative distance des sommets de l'État d'avec le personnel technique biomédical, tant celui du comité national de lutte contre le sida que celui du secteur des ONG, au cours de ces années 1990, concourut à pérenniser une image relativement « oligarchique » de la conduite des actions non gouvernementales les plus visibles. De fait, plusieurs provinces furent pratiquement exclues du champ de la mobilisation associative contre le sida, tandis que Yaoundé en fût le centre névralgique qui concentra en son sein près des trois quarts des ONG.

Le changement induit, à partir de l'année 2000, par les mobilisations de la société civile mondiale (les ONG internationales originaires des pays du Nord, telles que Médecins sans frontières ou Act Up, par exemple) pour l'accès au traitement a eu des implications immédiates sur la prise en compte par les pouvoirs publics du rôle des associations dans la « participation communautaire » unanimement prônée par les initiatives internationales [1].

En amont, la redéfinition du rôle des associations et la promotion d'une nouvelle vague associative au début des années 2000 s'appuient sur deux phénomènes. D'une part, les initiatives internationales favorisent à la fois la plus grande accessibilité financière aux antirétroviraux, jusqu'à leur gratuité, décrétée en mai 2007, et la lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida. D'autre part, ces enjeux internationaux conduisent à une implication politique plus visible du gouvernement et de la Présidence de la République dans la lutte contre le sida. Il en découle un contrôle plus important du politique sur l'administratif (le comité national de lutte contre le sida, en particulier), qui ouvre une série de marges de manœuvre nouvelles pour les associations, y compris pour celles qui jusque là ne jouissaient pas d'une véritable reconnaissance.

En aval, les nouveaux visages de la mobilisation associative prennent trois formes. On assiste tout d'abord à une présence accrue et systématisée des représentants des personnes vivant avec le VIH/sida dans la plupart des discussions qui les concernent, y compris lors des concertations avec les bailleurs internationaux. Ensuite, apparaissent dans ces associations des catégories sociales « intermédiaires » entre les personnels médicaux et les personnes vivant avec le VIH/sida « indigentes », qui constituaient jusque là l'essentiel des effectifs impliqués sur l'échiquier des associations locales de lutte contre le VIH/sida. Ces deux facteurs accentuent une dynamique d'émancipation des petites

associations vis-à-vis des ONG qui avaient dominé la scène dans les années 1990. En parallèle, on assiste à une diffusion du mouvement associatif sur le territoire national, plus aucune province du pays n'étant privée, en tout cas officiellement, d'associations de personnes vivant avec le VIH/sida. Ainsi, le réseau camerounais des associations de personnes vivant avec le VIH/sida (RECAP+) dénombrait, en 2007, soixante-quinze associations, réparties sur l'ensemble des dix provinces du Cameroun.

De la mise sous tutelle biomédicale à l'émancipation ?

Dans la suite de ce chapitre, nous nous proposons d'analyser plus en détail les ruptures intervenues entre les deux grandes phases de la mobilisation associative que nous venons de retracer. Après une mise en perspective générale de la dynamique associative, nous nous pencherons sur le cas précis de Douala et de la province du Littoral.

Des associations « sous contrôle » (1990-2000)

Au cours de la période 1990-2000, le mouvement associatif est dominé de fait par des ONG adossées à des réseaux internationaux (SidAlerte Cameroun et Society for women and AIDS in Africa, notamment), alors que les associations qui émanent directement de la mobilisation des personnes vivant avec le VIH/sida peinent à trouver leur place dans le champ institutionnel.

SidAlerte Cameroun apparaît en 1992, à l'occasion de la conférence internationale sur le sida organisée à Yaoundé. L'organisateur de la conférence, le Pr Lazare Kaptué, alors président du comité national de lutte contre le sida depuis la naissance de celui-ci en 1987, devient le président local de SidAlerte international, dont le siège est à Lyon. Il est secondé à l'époque par le Dr Zékeng, médecin biologiste et son collaborateur au CHU, autant pour l'organisation de la conférence que pour l'animation de l'association. Un an après avoir pris la tête de SidAlerte au Cameroun, le Pr Kaptué quitte son poste au comité national. Mais, il reste une des figures emblématiques de la lutte contre le sida au Cameroun et un des interlocuteurs privilégiés des partenaires nationaux et internationaux concernés [3, 13]. SidAlerte Cameroun a exclusivement œuvré dans le domaine de l'information, éducation et communication. Elle a mis à la disposition du public des dépliants, des cassettes vidéo, des diapositives, des affiches et des journaux, qui, pour l'essentiel, lui étaient fournis par SidAlerte international. Ces supports étaient également distribués lors des campagnes de sensibilisation que les membres, notamment des étudiants, menaient bénévolement au sein des écoles, des associations et dans les quartiers. Le lien avec un partenaire du Nord fut très fortement valorisé tout au long de l'action de l'association. Comme l'explique un ancien membre : « *Nous, nous gagnions en crédibilité d'être le prolongement d'une association internationale française... Tous les mois on recevait 200 exemplaires du journal dont les ventes participaient à la subvention* » [30].

Sur le terrain, ce lien international poussait également plusieurs agences de coopération (notamment américaine, allemande et française) à sous-traiter à SidAlerte une partie de leurs opérations, faisant de cette ONG un prestataire de services pour l'encadrement d'associations plus modestes et d'actions auprès des « groupes cibles ». Les domaines d'interventions, où SidAlerte se voyait sollicitée par les partenaires internationaux, sont multiples : formation des « pairs

éducateurs » et d'animateurs dans les quartiers, dans les établissements scolaires et universitaires, sensibilisation auprès d'associations dites de ressortissants, etc. Ces interventions s'étendaient même au domaine de la recherche, par exemple en virologie ou sur les comportements sexuels, alors au cœur des préoccupations pour l'élaboration des stratégies de prévention.

Ainsi, de l'aveu du Pr Kaptué lui-même, c'est SidAlerte qui sera à l'initiative de la création de l'IRESKO, un bureau d'études spécialisé dans les enquêtes comportementales. Alors point focal officiel de nombreux partenaires étrangers, le Pr Kaptué s'est trouvé directement sollicité par la demande internationale en matière d'études et d'enquêtes sociologiques et/ou anthropologiques liées au VIH/sida. Plutôt que de faire appel à des professionnels des sciences sociales des universités camerounaises, il s'est orienté vers les jeunes étudiants qui participaient déjà aux activités de son ONG de lutte contre le sida et dont le cursus présentait un minimum de compétences dans ces domaines. Par la suite, avec la baisse des financements internationaux disponibles pour les grandes enquêtes en population sur le sida, l'IRESKO se réorientera vers d'autres domaines d'étude auprès des ménages et sur la publication d'un journal destiné aux jeunes.

Plus généralement, SidAlerte Cameroun s'est retrouvé au centre d'un réseau de partenariats, allant de la recherche biomédicale et en sciences sociales (IRESKO) à l'information, à la formation et au marketing social, en passant par certaines firmes pharmaceutiques. Plusieurs de ses membres originaux deviendront des vecteurs actifs de la professionnalisation de la lutte contre le sida au Cameroun, au travers de l'appropriation de nouveaux métiers, y compris dans le secteur du bénévolat.

Au cours des années 1990, d'autres membres du réseau SidAlerte rejoignent par exemple le programme de marketing social du Cameroun, branche locale de Population Service International (PSI), cette ONG américaine qui bénéficie d'un monopole de fait pour la diffusion à faible coût du préservatif (« Prudence ») sur une grande partie du marché africain. Aujourd'hui, cette structure a évolué pour devenir un prestataire d'études commandées pour l'essentiel par l'ONUSIDA au Cameroun.

La dynamique lancée par SidAlerte se poursuivra, même après sa disparition en 1998, suite au tarissement de ses financements internationaux et à la fermeture de SidAlerte international. Dans les cas que nous venons de décrire (IRESKO, PSI Cameroun), la professionnalisation des activités s'est progressivement accompagnée d'une prise de distance à l'égard de la mobilisation collective et d'une sortie de fait du champ associatif. Dans d'autres cas, le lien sera maintenu et les « anciens » de SidAlerte joueront alors une fonction de « passeurs » entre les réseaux internationaux et les associations émanant directement des personnes vivant avec le VIH/sida. Nous en donnerons deux exemples, qui tous deux étaient étudiants lorsqu'ils ont intégré le réseau SidAlerte, dont la signification va au-delà des itinéraires individuels.

Le premier est celui de Jean-Roger Kuate, qui s'investit pendant dix ans dans le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida. Devenu psychologue clinicien, il constitue l'association SOS Psy qui fera référence en matière d'interventions psycho-sociales en faveur de ces personnes au Cameroun, avant d'être appelé à une carrière internationale. Autre ancien de SidAlerte, de formation juridique, Jean-Marie Talom est, quant à lui, à l'initiative de la création de la branche camerounaise du réseau éthique, droit et sida REDS.

Celui-ci est un réseau international né à Dakar en 1994. Il se spécialise dans le soutien juridique et la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida, et offre ses services aux autres associations camerounaises et aux organismes internationaux (GTZ – Agence de coopération technique allemande, MSF...) qui en formulent la demande. Les premières actions de Jean-Marie Talom, comme de Jean-Roger Kuate, concernent les torts multiples dont les personnes vivant avec le VIH/sida se trouvent victimes dans la vie quotidienne. En particulier, ils suscitent, au début des années 2000, des pétitions révélant que des ambassades et des représentations diplomatiques de grandes puissances occidentales exigent, au mépris des conventions internationales auxquelles ces pays adhèrent, les résultats de tests de dépistage du VIH pour l'obtention de visas par les citoyens camerounais. Cinq ans plus tard, le réseau éthique, droit et sida et son président joueront un rôle actif, qui leur vaudra une grande renommée internationale dans la controverse éthique qui conduira les autorités camerounaises à interdire, en février 2005, la poursuite d'un essai clinique du ténofovir pour la prophylaxie préventive du VIH, dont le recrutement visait principalement des femmes se livrant à la prostitution [29]. Au travers de ce parcours, resté en contact étroit avec la mobilisation associative, parallèlement à une certaine professionnalisation de l'action, Jean-Marie Talom est devenu une référence internationale en matière de défense des droits des personnes atteintes et, plus largement, un défenseur de l'éthique dans la lutte contre le sida.

L'autre ONG qui, avec SidAlerte, joue un rôle structurant dans le mouvement associatif des années 1990 est également la branche camerounaise d'un réseau international, la Society for Women and AIDS in Africa. Cette ONG est née en Afrique australe en 1988, puis s'est étendue à tout le continent.

C'est le Dr Henriette Meilo, autre figure médicale pionnière de la lutte contre le sida au Cameroun, qui crée cette association, en 1990, au retour d'un séjour professionnel en France qui lui avait permis d'entrer en contact avec certains acteurs internationaux. Avec le soutien de diverses associations étrangères (International Women Health Point, Ensemble contre le sida, hôpitaux parisiens), la Society for Women and AIDS in Africa du Cameroun se lance dans l'information, l'éducation et la communication et le conseil préventif, en s'appuyant pour l'essentiel sur la diffusion de documents en provenance de l'extérieur, à une époque où les personnes vivant avec le VIH/sida camerounaises n'envisagent pas encore de s'auto-organiser. C'est la Society for Women and AIDS in Africa-Cameroun qui épaulera la première association de personnes vivant avec le VIH/sida du pays au moment de sa création, en 1994, et la fera bénéficier de son expérience.

Pendant les dix premières années de la lutte contre le sida au Cameroun, les acteurs associatifs majeurs (Society for Women and AIDS in Africa et SidAlerte), quels que soient l'énergie et le dévouement dont ils font preuve, tendent à se contenter de reproduire les recettes éprouvées ailleurs et de s'inscrire dans une dynamique internationale, sans chercher à insuffler un élan spécifiquement national à leur engagement. En témoignent les formes d'organisation, les références, les outils de travail et même le vocabulaire adopté, qui sont souvent glanés au fil des conférences internationales auxquelles les personnalités médicales, qui dirigent ces principales ONG, assistent régulièrement et dont elles tirent une partie de leur légitimité nationale.

De leur côté, les associations émanant directement des personnes vivant avec le VIH/sida, qui, comme nous venons de l'évoquer, émergent à partir du milieu des années 1990 connaissent des débuts que l'on peut qualifier de chaotiques. Nous l'illustrerons à travers la trajectoire biographique du président de l'une d'entre elles, l'Association des frères et sœurs unis. Cette association regroupait plus de 130 adhérents à la fin des années 1990, personnes vivant avec le VIH/sida elles-mêmes, ainsi que veuves et orphelins du sida dans trois villes camerounaises (Yaoundé, Douala et Limbe sur la côte atlantique, dans la région du Sud-Ouest).

Dépisté en 1987 à la suite d'un don de sang, Andrew est parmi les premiers séropositifs déclarés à Yaoundé. Il a découvert son statut par hasard, grâce à la curiosité de son frère aîné qui a su décoder les résultats de ses analyses. Les médecins lui avaient juste dit qu'il avait « *un problème dans le sang* ». À 20 ans, il abandonne sa scolarité en classe de terminale et décide d'en savoir plus sur « la nouvelle maladie ». Les médecins investis dans la prise en charge du VIH le sollicitent d'abord pour de multiples examens biologiques. Très vite, sa disponibilité, sa bonne volonté et, surtout, son « bon » état de santé (Andrew était asymptomatique) incitent les médecins à lui proposer de rencontrer les personnes vivant avec le VIH/sida nouvellement diagnostiquées. L'expérience de conseiller psycho-social d'Andrew commence à titre bénévole, sur le tas. Il assure de manière informelle un conseil post-test, en aidant quelques personnes à « mieux encaisser » l'annonce de leur séropositivité. Ces entrevues nourrissent petit à petit chez Andrew et certains de ses compagnons d'infortune, la volonté d'organiser l'assistance aux personnes vivant avec le VIH/sida avant et après l'annonce du diagnostic. Pourtant, la rencontre la plus décisive, d'après Andrew, se déroule avec des membres du réseau africain des personnes vivant avec le VIH/sida, avec lesquels il sympathise lors de la conférence mondiale sur le sida de Londres, en septembre 1991, où l'occasion lui a été donnée de se rendre. Andrew constate l'avancée des mobilisations des personnes vivant avec le VIH/sida dans d'autres pays africains et le dynamisme des associations organisées par elles-mêmes dans certains pays anglophones (Kenya, Ouganda et Malawi).

Rentré au pays, et employé par Population Service International, le jeune homme de 24 ans s'efforce de « *faire quelque chose pour aider les personnes séropositives* ». Il entame les démarches administratives pour créer une association consacrée spécifiquement aux personnes vivant avec le VIH/sida et à leur entourage. Ses contacts avec le milieu médical, et les sollicitations dont il est l'objet pour soutenir moralement ces personnes renforcent sa notoriété, tant auprès des professionnels de santé que des patients eux-mêmes. Le 11 juin 1994, l'Association des frères et sœurs unis est enfin légalisée. Andrew, âgé de 26 ans, en devient naturellement le président.

En 1995, l'association se voit offrir l'opportunité de contribuer à un projet de recherche multicentrique, soutenu par l'IRD français, dans trois pays africains (Guinée Bissau, Sénégal et Cameroun). À Yaoundé, ce projet est baptisé Prévention du sida au Cameroun. Il s'agissait, en réalité, d'un projet de recherche biomédicale fondamentale visant à inventorier les différences cliniques et biologiques dans les sous-types respectifs du VIH-1. Mais, parce qu'il impliquait un suivi médical des personnes vivant avec le VIH/sida incluses dans le projet, l'Association des frères et sœurs unis est chargée, au même titre que différents

services médicaux, de recruter des personnes volontaires et de les orienter vers le personnel conduisant le projet à l'Hôpital militaire de Yaoundé, sous la houlette du médecin-colonel Étel Mpoudi Ngollé, qui dirige le programme national de lutte contre le sida entre 1994 et 1997. De plus, du fait de l'expérience d'Andrew dans ce domaine, l'association se voit confier le conseil encadrant le dépistage. À partir de novembre 1996, quand démarre l'inclusion des patients, la participation à ce projet permet, d'une part, à Andrew d'acquérir un statut professionnel de conseiller psycho-social, d'autre part, à plusieurs membres de l'association d'accéder à un suivi médical gratuit de leur infection à VIH.

Le parcours d'Andrew est une illustration assez représentative de la trajectoire de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida dans la deuxième moitié des années 1990. Ces personnes « affrontaient » l'impact social du VIH, en optant pour le statut de « conseiller psychosocial ». La polyvalence des rôles qui étaient assignés à Andrew et le rôle de conseil qu'il s'est vu progressivement reconnaître auprès des autres personnes vivant avec le VIH/sida, venaient pour partie de la tendance de certains médecins à adopter une « posture d'évitement » devant les difficultés de l'annonce d'un diagnostic positif du VIH à leurs patients [31]. De même, la construction par le président de l'Association des frères et sœurs unis d'un statut social auprès des acteurs en matière de sida, à partir de la reconnaissance publique précoce de son statut sérologique, n'était pas sans ambiguïté. Le statut que ses qualités intrinsèques lui accordaient et l'aide qu'il apportait au corps médical ne remettaient pas en cause la position marginale que l'association qu'il dirigeait continuait à occuper dans le dispositif de prise en charge du VIH/sida. La latitude d'action d'Andrew était celle que voulaient bien lui octroyer ceux qu'il « assistait », à savoir les médecins et les professionnels de santé. Cette situation était assez éloignée du modèle du « patient réformateur » que certains, en Occident, ont voulu voir apparaître à la faveur de la lutte contre le sida [7].

La « nouvelle vague » des années 2000

Un autre parcours biographique va nous permettre d'introduire les mutations des associations, au tournant des années 2000, marquées par l'accès massif au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH/sida du Cameroun. Ces mutations correspondent à une « élitisation », une féminisation et une professionnalisation, qui, d'une part, contribuent à renforcer l'autonomie d'action des associations à l'égard de l'État et des professionnels de santé, mais, d'autre part, peut être source de différenciations sociales dans les mobilisations collectives contre l'épidémie.

Ainsi, une femme, cadre supérieure à la direction générale de la Société nationale d'électricité (Sonel), alerte le service des ressources humaines de son entreprise dès la connaissance de sa séropositivité, obtient un soutien pour son accès au traitement antirétroviral, et lance avec trois autres femmes infectées par le VIH, en 2001 à Douala, une nouvelle association SUNAIDS. Contrairement aux associations de personnes vivant avec le VIH/sida qui l'avaient précédé, le noyau dirigeant de SUNAIDS est constitué de personnes d'un niveau d'éducation élevé qui, très vite, ont la faculté de s'exprimer, y compris de façon critique, face aux responsables administratifs ou médicaux de la lutte contre le sida et d'attirer l'attention de ces derniers (qui avouent dans les entretiens

« apprécier le niveau social » de ces nouvelles interlocutrices). Si sa créatrice quittera assez rapidement la présidence de SUNAIDS pour lancer dès 2002 une autre association (l'APSA), celle qui lui succèdera, Mme Lucie Z, deviendra rapidement une figure médiatique reconnue de la lutte contre le sida, tant au Cameroun qu'à l'extérieur. Les « militantes » de SUNAIDS ouvrent, à partir de 2002, à Douala, avec l'appui de la coopération technique allemande (la GTZ), le premier lieu d'écoute et d'accueil pour les personnes vivant avec le VIH/sida, qui sera bientôt suivi par l'inauguration d'une ligne téléphonique destinée au public. Dans l'univers associatif de Douala, jusque là dominé par les femmes médecins de la Society for Women and AIDS in Africa, elles offrent une alternative autonome et imposent leur savoir-faire en matière de conseil aux personnes vivant avec le VIH/sida [16, 30].

Plusieurs des membres actifs de SUNAIDS sont conseillères psycho-sociales, en plus de leurs métiers respectifs. Quelques-unes exercent même à temps plein dans les programmes d'appui aux personnes vivant avec le VIH/sida introduits dans les centres de soins de Douala avec l'accès au traitement antirétroviral. Lors de la mise en place, à la demande du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, principal bailleur des fonds des antirétroviraux au Cameroun (voir Chapitre 2), de l'instance de coordination de ses programmes dans le pays, où la participation de la société civile est posée comme une exigence, une représentante de SUNAIDS siègera d'emblée aux côtés de quelques autres personnalités associatives.

L'exemple de SUNAIDS illustre des évolutions plus générales des associations de lutte contre le sida au Cameroun que nous décrivons, dans la suite de ce chapitre, à partir des observations recueillies dans la province du Littoral (région de Douala).

L'exemple du Littoral du Cameroun : professionnalisation, élitisation et féminisation

Le champ associatif de la lutte contre le VIH/sida dans la région du Littoral est en plein essor depuis le début des années 2000, à l'image de ce qui a été décrit plus haut pour le territoire national tout entier. Dans cette région, neuf associations sont explicitement reconnues par le réseau camerounais des associations de personnes vivant avec le VIH (RECAP+), mais, en 2008, une vingtaine est officiellement recensée par le groupe technique provincial du comité national de lutte contre le sida. Le *tableau 1* détaille les principales d'entre elles avec lesquelles nous avons pu entrer en contact.

Une première conséquence de l'accès au traitement et de la manne de financements internationaux qui l'a rendu possible est d'entretenir une dynamique complexe de collaboration, mais aussi de concurrence entre les autorités publiques en charge de la lutte contre le sida et le monde associatif renouvelé que nous venons de décrire.

Le comité national de lutte contre le sida s'est doté d'administrations déconcentrées appelées les groupes techniques régionaux (d'abord appelés groupes techniques provinciaux), qui coordonnent les actions à l'échelle de chaque région (antérieurement dénommées « provinces »). Pour ce qui est du Littoral, le rôle d'appui de l'État à la société civile se résume en un appui technique (formations, stages pour le personnel associatif au siège du groupe technique provincial/

Tableau 1
**Domaines d'activité des principales associations dans la lutte contre la VIH/sida
 (province du Littoral, Cameroun, 2008)**

N°	Nom de l'association	Prévention : information/sensibilisation/éducation	Accès aux soins	Tous (les deux à la fois)	Centre d'écoute et d'information	Centre de prise en charge globale)
1	SWAA-Litoral	X	X	X		X
2	APRICOM	X	X	X		X
3	SUNAIDS+	X	X	X	X	
4	COLIBRI	X	X	X	X	
5	AFSUPES+	X	X	X		
6	ESPOIR+	X	X	X		
7	MERENSO	X	X	X		
8	APAS	X	X	X		
9	NEW-WAY+	X	X	X		
10	CAO	X	X	X		
11	Espoir et vie	X	X	X		
12	Hope-AIDS+	X	X	X		

Littoral) et en un appui financier. Quoique limité (de l'ordre de un million de FCFA, soit un peu plus de 1 500 euros par an pour une association comptant une quarantaine de membres) et proportionnel aux effectifs et aux activités des associations, ce soutien permet de fournir un début d'assise matérielle stable aux associations, puisqu'il prévoit, entre autres rubriques, les dépenses de fonctionnement. Il permet indéniablement aux autorités d'exercer un certain contrôle sur la mobilisation de la société civile. Ce contrôle peut s'avérer légitime, dès lors qu'il s'agit, comme l'expriment des responsables, de « susciter l'émulation », en excluant du champ les « associations portefeuille », souvent unipersonnelles, créées par des individus à seule fin de s'accaparer une partie de la rente financière engendrée par le soutien international de la lutte contre le sida⁴ [30] ou en sanctionnant des associations dont les activités sont mises en sommeil⁵, au profit de nouvelles faisant preuve de dynamisme⁶.

Mais, de même que la diffusion par le comité national de lutte contre le sida d'un « modèle-type de plan d'action » pour les associations, ce soutien peut aussi s'apparenter, en tout cas aux yeux d'une partie des acteurs de terrain, à une tentative de reprise en main et de refus d'une dynamique autonome de

⁴ La réglementation camerounaise, imposant que seule une personne séropositive est autorisée à créer une association de personnes vivant avec le VIH/sida, a également contribué à limiter ce phénomène.

⁵ On citera, dans ce cas, les associations telles ANELI de Nkongsamba, LASOLES d'Edéa, CHRY-SALIDE de Bonabéri, exclues des financements du groupe technique provincial en 2007.

⁶ Ainsi, les associations telles que CAPOLIAS, CAO, Hope-AIDS, FEV, LA COLOMBE, GASUP+ AIDS, AJSS+ se sont vues récemment reconnaître par le groupe technique provincial.

mobilisation des personnes vivant avec le VIH/sida et de celles et ceux qui les soutiennent. Non sans ironie, certains membres des associations de Douala interrogés opposent « les messieurs du sida sec », qui hanteraient les conférences et séminaires des hôtels luxueux des capitales et des stations balnéaires de Kribi et de Limbé, à ceux qui comme eux « vivent le sida mouillé », celui de la surcharge de travail, de l'épuisement professionnel, « des larmes et des diarrhées ».

Une deuxième tendance, alimentée par l'accès au traitement et accélérée par la gratuité des antirétroviraux à partir de mai 2007, est celle d'une plus grande appropriation locale de la mobilisation collective, mais qui s'accompagne d'une tendance à la « scissiparité associative »⁷.

À la différence de la période d'avant la disponibilité des antirétroviraux, cette vitalité associative a pu alimenter une tendance à la captation de leurs instances dirigeantes par les élites, définies ici comme « *la minorité disposant, dans une société déterminée, à un moment donné, d'un prestige, des privilèges découlant de qualités naturelles valorisées socialement (par exemple la race, le sang, etc.) ou de qualités acquises (cultures, mérites, aptitudes, etc.)* » [4, 5]. Le diplôme est désormais la ressource essentielle pour accéder au « leadership associatif », comme c'est le cas dans le noyau dirigeant de l'association SUNAIDS évoquée plus haut et de beaucoup d'autres exemples rencontrés dans la province du Littoral⁸.

Toutes nos observations convergent pour constater que la professionnalisation de la gestion des associations donne de plus en plus droit de cité aux cursus scolaire et académique et à l'expérience professionnelle comme ticket d'accès à la gestion des ressources. Le niveau d'instruction⁹, les capacités et l'expérience professionnelle antérieure tendent à devenir une exigence cardinale pour s'impliquer dans le versant professionnalisé des activités des associations.

Il est indéniable que les associations de personnes vivant avec le VIH/sida ont pris, depuis les années 2000, un poids institutionnel qui a renforcé l'autonomie de la mobilisation collective à l'égard de l'État d'une part, et des personnalités médicales, d'autre part. De ce point de vue, sont emblématiques la tenue d'un discours de la présidente du RECAP+, également présidente de SUNAIDS, lors des cérémonies officielles de la journée mondiale de lutte contre le VIH-sida du 1^{er} décembre 2007 et le discours de la présidente d'ESPOIR+ lors du lancement de la seconde phase du programme national de soutien aux orphelins et enfants vulnérables, la même année. Ces deux événements marquent une rupture

⁷ Ainsi, l'association AFSU de Douala, branche locale de la doyenne des associations de personnes vivant avec le VIH/sida au Cameroun, l'Association des frères et sœurs unis de Yaoundé, s'est scindée en plusieurs associations locales autonomes : AFSUPES, ESPOIR+, MERENSO, AASMERO.

⁸ La présidente du RECAP+ est diplômée des universités du Cameroun et du Bénin ; la présidente de la « Fondation espoir et vie » (FEV) est étudiante en deuxième année de droit à l'Université de Douala ; la présidente de l'association APAS, qui est également la déléguée du RECAP+ pour le Littoral et membre du conseil d'administration de ce réseau, est cadre supérieur à la direction générale d'AES-SONEL à Douala Koumassi ; le président de l'association CAPOLIAS, titulaire d'un DESS en sciences et techniques comptables, est enseignant dans une institution universitaire privée de la ville de Douala et prépare une thèse de doctorat ; la présidente de l'association NEW-WAY+ est étudiante en deuxième année d'un BTS en journalisme.

⁹ Le niveau requis pour devenir conseillère au sein d'une association de personnes vivant avec le VIH/sida est le brevet d'études du premier cycle (BEPC).

symbolique avec un passé où ce sont plutôt des responsables administratifs qui s'exprimaient « *au nom des personnes vivant avec le VIH/sida* »¹⁰.

La marque distinctive d'une « société civile importée, dépolitisée et quelque peu inerte » accolée à celle du sida [5], ne sied plus à la réalité de la mobilisation collective au Cameroun. Selon la présidente du RECAP+, la réduction des coûts des examens biologiques et aujourd'hui la gratuité des antirétroviraux sont bien à mettre à l'actif des associations de personnes vivant avec le VIH/sida, au-delà des directives internationales. La société civile, qui intervient dans les débats politiques et sociaux de la lutte contre le VIH/sida au Cameroun, semble de plus en plus consciente de ses droits et devoirs, mais aussi, comme l'expriment des membres des associations eux-mêmes, de son rôle fondamental de relais « entre la base et le sommet ». L'appropriation de l'énoncé du discours et de la formulation des propositions et suggestions lors des journées de mobilisation et la participation aux ateliers d'élaboration de directives et de recommandations attestent de cette capacité des associations de personnes vivant avec le VIH/sida à ne plus se laisser imposer des objectifs par des acteurs extérieurs. De même, si elles continuent de s'appuyer sur les réseaux internationaux pour améliorer leur rapport de forces sur la scène nationale, elles ont largement échappé à « l'inféodation » qui caractérisait souvent les rapports des premières ONG camerounaises avec leurs correspondants étrangers.

Pour autant, il semble que ces avancées se soient en quelque sorte payées du prix d'une prise de contrôle des associations par les « élites », elle-même favorisée par la situation épidémiologique qui voit les couches plus instruites prendre conscience du tribut qu'elles payent à l'épidémie, tout autant si ce n'est plus que le reste de la population.

Certes, du fait des discriminations associées au sida qui transcendent l'échelle sociale, l'implication d'éléments des couches supérieures dans la mobilisation collective au Cameroun ne peut être assimilée, comme c'est le cas dans d'autres domaines, telle la gestion des redevances forestières [2], à un accaparement pur et simple des ressources par des « élites improductives et déloyales ».

De même, il est encore trop tôt pour qualifier ce processus de simple reproduction des élites à travers un « recyclage ou un renouvellement conservateur » [21]. Si certains membres soulignent que désormais « *le charisme des présidentes des associations est tellement fort qu'il est difficile de les détrôner* » et que les élections aux postes de responsabilité sont « *des simples formalités d'usage, car celui qui affronte la présidente est un pion* », les exigences de gestions transparente et démocratique introduites au sein des associations ont conduit, en 2007-2008, à un renouvellement significatif des leaders dans plusieurs d'entre elles.

L'implication des élites entretient néanmoins la « scissiparité associative », déjà évoquée, car elle exacerbe inévitablement la concurrence pour parvenir à des positions prééminentes au sein des associations qui peuvent favoriser l'accès à des lieux spécialisés de pouvoir¹¹. Elle a aussi indéniablement contribué à une relégation des anciens leaders, d'extraction sociale plus modeste, et à une

¹⁰ Par le passé, c'était soit le secrétaire permanent du comité national de lutte contre le sida, soit le directeur du centre international de référence (Chantal Biya - CIRCB) qui parlait au nom des personnes vivant avec le VIH/sida.

¹¹ En témoigne le récent éclatement en deux du RECAP+, désormais concurrencé par le CANEP+.

marginalisation de patients démunis qui, dans les premiers temps de la prise en charge, avaient pu parvenir à des positions de conseillers dans les services de soins. On peut donc voir dans cette évolution une remise en selle, dans le champ associatif, des inégalités sociales « classiques » de la société camerounaise. Cependant, l'interprétation de la prise de contrôle des associations par les élites doit être nuancée, car une autre tendance lourde est venue la contrebalancer : la prise de pouvoir par les femmes sur la mobilisation collective.

Les femmes constituent l'essentiel, sinon la quasi-totalité, des effectifs des associations de personnes vivant avec le VIH/sida¹², même si on commence à y rencontrer des membres masculins de couples tant séroconcordants que sérodiscordants. Cette présence massive des femmes au sein des associations ne s'explique pas seulement par le fait qu'elles constituent la couche de la population la plus touchée par le VIH, mais également par le fait qu'elles représentent l'essentiel de la catégorie des personnes économiquement faibles. En dépit des évolutions détaillées plus haut des instances dirigeantes des associations, le profil sociologique de leurs membres reste constitué d'une majorité de femmes seules, avec des enfants à charge, sans emploi fixe et survivant d'activités dans le secteur informel. Leur adhésion au sein des associations de personnes vivant avec le VIH/sida reste avant tout motivée par leur vulnérabilité matérielle qu'elles espèrent atténuer par les quelques subsides que pourraient leur apporter une participation à des activités de conseil, d'information préventive ou d'aide à domicile d'autres personnes vivant avec le VIH/sida. Cette réalité sociologique a servi de base et de tremplin pour la conquête de la direction des associations par les femmes, même si ce sont souvent des personnes de milieux plus aisés qui sont parvenues à cette fin. Sur 18 associations de personnes vivant avec le VIH/sida de la province du Littoral pour lesquelles nous avons pu valider cette information, 14 étaient présidées par des femmes en 2008. Sur les neuf personnes membres du conseil d'administration du RECAP+, six, dont la présidente, sont des femmes.

S'il faut bien sûr saluer l'action de personnalités masculines, comme celle des présidents de l'association Colibri à l'Ouest du Cameroun (Bafoussam) ou de l'association AFSUPES, la mobilisation collective dans la lutte contre le VIH/sida au Cameroun est marquée par l'empreinte indélébile du militantisme et des itinéraires politiques féminins. Des figures saisissantes comme celles de Mmes Lucie Z, Joséphine B, Marlyse B, Pauline M de l'Association des femmes actives et solidaires s'identifient désormais aux yeux du public à des « Madame sida » respectées.

L'avenir dira jusqu'à quel point cette féminisation de la lutte contre le sida aura permis, au-delà de cette maladie même, de réduire les inégalités de genre profondément ancrées dans les sociétés africaines, comme ailleurs [10, 12].

¹² Sur les 42 membres recensés de l'association ACTLUS+, on ne dénombre que sept hommes ; sur les 100 membres de SUNAIDS, on compte 90 femmes ; sur les 121 membres de l'association AFSUPES+, on dénombre 111 femmes ; l'association ESPOIR+ compte 106 membres parmi lesquels 98 % sont des femmes ; l'association FEV comprend 169 membres parmi lesquels 64 personnes vivant avec le VIH/sida dont 50 femmes.

Références bibliographiques

1. Atun R, Dybul M, Evans T, Kim JY, Moatti JP, Nishtar S, Russell A. Venice Statement on global health initiatives and health systems. *Lancet* 2009 ; 374 : 783-4.
2. Bigombe Logo P. *Les élites et la gestion décentralisée des forêts au Cameroun. Essai d'analyse politiste de la gestion néopatrimoniale de la rente forestière en contexte de décentralisation*. Communication présentée au Colloque GECOREV, Université Saint-Quentin en Yvelines, 2006.
3. Bourgeois A., Eboko F. *Situations cliniques et négociations sociales face au VIH/sida au Cameroun*, Synthèse critique des « Sessions de formation pour la prise en charge thérapeutique des personnes victimes du VIH/sida au Cameroun » des 11 et 12 décembre 1997. Polycopié Yaoundé, 1997, 15 p.
4. Busino G. *Élite(s) et élitisme*. PUF, collection « Que sais-je ? », Paris, 1992.
5. Coenen-Huther J. *Sociologie des élites*. Armand Colin, Paris, 2004.
6. Cornu C. *Les Associations des personnes vivant avec le VIH-sida à Abidjan, Côte-d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique subsaharienne ?* Mémoire de DEA, IEDES, Université Paris I – Panthéon-Sorbonne, 1996, 153 p. (Sous la direction de Didier Fassin).
7. Defert D. Le malade réformateur. *Sida* 89, 1989 : 14-7.
8. Delaunay K. Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un « marché du sida » émergent. Cas ivoirien et sénégalais, In Deler JP, et al., Eds. *ONG et Développement. Société, économie, politique*. Karthala, Paris 1998, p. 115-141.
9. Delaunay K. Le Programme national de lutte contre le sida au Sénégal. Entre prévention et normalisation sociale, In Gruénais ME, Dir. *Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative État/société civile*. Anrs-IRD, 1999, p. 101-111.
10. Desclaux A, Kouanda S Obermeyer CM. Stakeholders' participation in operational research on HIV care : insights from Burkina Faso. *AIDS* 2010 ; S1 : S79-S86.
11. Desclaux A, P Msellati P, Walentowitz S. Women, mothers and HIV care in resource-poor settings. *Soc Sci Med* 2009 ; 69 : 803-6.
12. Desgrées du Loû A, Ferry B, Eds. *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du sud*. Collection du CEPED, Paris, 2006.
13. Eboko F. Patterns of mobilization : political culture in the fight against AIDS, In Patterson A, Éd. *The African State and the AIDS Crisis*. Aldershot, Ashgate, 2005, p. 37-58.
14. Eboko F. Le sida en Afrique. La perspective globale d'un drame local. À partir de l'exemple du Cameroun, In Gobatto I, Dir. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*. Karthala-MSHA, Paris, 2003, p. 47-80.
15. Eboko F. Risque-sida, pouvoirs et sexualité. La puissance de l'État en question au Cameroun, In Courade G, Dir. *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, Karthala, Paris, 2000, p. 235-62.
16. Eboko F. Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun. *Autrepart, Le sida des autres*. Édition de l'Aube-IRD, Paris, n° 12, décembre 1999a, p. 123-140.
17. Eboko F. *Pouvoirs, jeunesses et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des Sujets*. Thèse en science politique, CEAN, Institut d'études politiques de Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux 4, 2002, 489 p.

18. Eboko F. Introduction à la question du sida en Afrique : politique publique et dynamiques sociales, In Kerouedan D, Eboko F. *Politiques publiques du sida en Afrique*. Bordeaux, CEAN, Collection Travaux et Documents, 1999b, n° 61-62, 1999c, p. 35-73.
19. Patterson AS, Éd. *The African State and the AIDS Crisis*. Aldershot (UK)/Burlington, USA, Ashgate, 2005.
20. Fabing D. *Le sida en Ouganda : peut-on vaincre une épidémie sans traitements ?* Mémoire de DESS, Université Paris I-Panthéon-Sorbonne, Développement et coopération, 1998. (Sous la direction de Fred Eboko et Richard Banégas).
21. Kerouedan D. et Eboko F. *Politiques publiques du sida en Afrique*. CEAN, collection Travaux et Documents, Bordeaux, 1999, 73 p.
22. Highley J, Paluski J. Jeux de pouvoir des élites et consolidation de la démocratie en Europe centrale. *Revue française de science politique* août-octobre, 2000 ; 50 : 4-5.
23. Mboj FL. Les associations sénégalaises de PVVIH : genèse d'une participation décrétée, In Diop MC, Benoist J, Eds. *L'Afrique des associations. Entre culture et développement*. Karthala, collection Hommes et Sociétés, Paris, 2007, p. 216-229.
24. Kerouedan D. Et Eboko F. *Politiques publiques du sida en Afrique*. CEAN, collection Travaux et Documents, Bordeaux, 1999, 73 p.
25. Kerouedan D. *Sida : douze ans d'épidémie en Cote d'Ivoire, Afrique de l'Ouest. Analyse critique des stratégies internationales sur la période 1987-1997. Bilan et perspectives*. Thèse en épidémiologie et santé publique, Université Henri Poincaré-Nancy 1, 1998, 220 p.
26. Otayek R, Éd. *Les sociétés civiles du Sud. Un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*. Étude réalisée par Ayée J, Boukongou JD, Catusse M, Eboko F, Idrissi Janati, Toulabor C. CEAN, Institut d'études politiques de Bordeaux, ministère des Affaires étrangères, 2004.
27. Seraphin G., *Vivre à Douala. L'imaginaire et l'action dans une ville africaine en crise*. L'Harmattan, collection Villes et entreprises, Paris 2000, 302 p.
28. Raynaut Cl. Comment évaluer les politiques de lutte contre le sida en Afrique, In Baré JF, Éd. *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*. L'Harmattan, collection Logiques politiques, Paris 2001, p. 318-354.
29. Singh JA, Mills EJ. The Abandoned Trials of Pre-Exposure Prophylaxis for HIV : What Went Wrong? *PLoS Med* 2005 ; 2(9) : e234, doi:10.1371/journal.pmed.0020234
30. Umubyeyi B. *Lutte contre le sida et accès aux antirétroviraux au Cameroun : les déterminants du changement*. Mémoire de DESS Développement et coopération internationale Université Paris-Panthéon-Sorbonne, 2002, 90 p. (Sous la direction de Fred Eboko et Richard Banégas).
31. Vidal L., *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Anthropos/Economica, Paris, 1996, 217 p.



Chapitre 19

Résistances du VIH aux antirétroviraux chez des patients suivis en routine au Cameroun selon l'approche de santé publique recommandée par l'OMS*

Charles KOUANFACK, Christian LAURENT, Avelin Fobang AGHOKENG, Céline MONTAVON, Alain KENFACK, Anke BOURGEOIS, Sinata KOULLA-SHIRO, Eitel MPOUDI-NGOLÉ, Martine PEETERS, Eric DELAPORTE

Afin de favoriser l'accès au traitement antirétroviral, de nombreux pays à ressources limitées utilisent l'approche de santé publique recommandée par l'OMS. Cette approche repose, notamment, sur des schémas thérapeutiques standardisés et des critères d'initiation et de changement du traitement basés sur l'évolution clinique de la maladie et, le cas échéant, sur la numération des lymphocytes T CD4 (la mesure de la charge virale n'étant pas réalisable chez la majorité des patients sous antirétroviraux) [2, 11, 12]. Un taux élevé de résistances aux antirétroviraux pourrait toutefois résulter de cette stratégie, certains patients en échec virologique (non diagnostiqué) continuant à recevoir, pour des durées variables, les mêmes schémas thérapeutiques avec le risque de compromettre l'efficacité des traitements de deuxième ligne et de favoriser la transmission de souches virales résistantes [4].

L'étude des échecs virologiques et des mutations de résistance aux antirétroviraux chez des patients suivis en routine selon cette approche de santé publique est donc indispensable, afin de déterminer, notamment, si les traitements de seconde ligne recommandés par l'OMS en cas d'échec du traitement antérieur sont efficaces dans le contexte de pays à ressources limitées. Nous rapportons ci-dessous les résultats virologiques, en termes de charge virale VIH-1 plasmatique et de mutations génotypiques de résistance aux antirétroviraux, chez des patients justement traités au Cameroun selon l'approche de santé publique recommandée par l'OMS.

Méthodes

Une enquête transversale a été réalisée à l'hôpital de jour de l'Hôpital central de Yaoundé, entre novembre 2006 et octobre 2007, chez des patients de plus de

* Traduction de l'article publié dans la revue *Clinical Infectious Diseases* : Kouanfack C, Montavon C, Laurent C, Aghokeng A, Kenfack A, Bourgeois A, Koulla-Shiro S, Mpoudi-Ngole E, Peeters M, Delaporte E. Low levels of antiretroviral-resistant HIV infection in a routine clinic in Cameroon that uses the World Health Organization (WHO) Public Health Approach to monitor antiretroviral treatment and adequacy with the WHO recommendation for second-line treatment. *Clin Infect Dis* 2009 ; 48(9) : 18-22.

18 ans infectés par le VIH lors de leur visite de suivi après 12 ou 24 mois de traitement antirétroviral (± 2 mois). Le protocole de cette étude avait été approuvé par le comité national d'éthique du Cameroun. Le traitement antirétroviral est disponible à l'Hôpital central depuis 2001. Son coût à la charge des patients a progressivement diminué, pour atteindre la gratuité en mai 2007. Simultanément, le coût de la numération des lymphocytes T CD4 a également baissé, mais une partie de celui-ci reste à la charge du patient. Enfin, le coût de la charge virale incombe entièrement au patient. Après obtention du consentement éclairé des patients, un questionnaire standardisé a été utilisé pour recueillir les informations démographiques, cliniques et thérapeutiques (dont l'observance au traitement antirétroviral).

Dix millilitres de sang total ont été prélevés dans des tubes EDTA chez chaque patient. Après centrifugation, les aliquots plasmatiques ont été congelés à -80°C . La distinction entre infection par le VIH-1 groupe M, N, ou O et infection par le VIH-2 a été établie par un test ELISA maison [9]. La mesure de la charge virale VIH-1 plasmatique a été déterminée par une RT-PCR en temps réel générique de deuxième génération (Biocentric), avec un seuil de détection de 300 copies/ml [6]. Les mutations génotypiques de résistance aux antirétroviraux ont été recherchées pour les souches du VIH-1 groupe M à l'aide d'un test maison décrit par ailleurs [10], en cas de charge virale supérieure à 1 000 copies/ml. Les souches du VIH-1 groupe O ont été amplifiées et séquencées par un autre test maison en utilisant des amorces spécifiques du groupe O. Les mutations génotypiques de résistance ont été recherchées sur les gènes de la protéase et de la transcriptase inverse, puis ont été interprétées à l'aide de l'algorithme de l'Anrs (version de juillet 2007). L'identification des sous-types et des formes recombinantes circulantes du VIH-1 a été faite par arbre phylogénétique et analyse des recombinaisons, comme décrit par ailleurs [8].

Résultats

Quatre cent vingt-sept patients traités par antirétroviraux ont été recrutés, dont 249 après 12 mois de traitement et 178 après 24 mois. Tous les patients étaient naïfs de traitement antirétroviral (y compris de traitement pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH) lors de l'initiation du traitement à l'Hôpital central. Une patiente seulement, traitée depuis 24 mois, était infectée par le VIH-1 groupe O (sérologie positive confirmée par PCR). Tous les autres patients étaient infectés par le VIH-1 groupe M. Tous les patients étaient sous traitement au moment du recrutement dans l'étude. Leurs caractéristiques démographiques et cliniques sont présentées dans le *tableau 1*. Presque tous les patients avaient reçu, en première intention, un traitement de lamivudine, stavudine ou zidovudine, et éfavirenz ou névirapine, dont 246 patients (98,8 %) recrutés au 12^e mois et 172 (98,6 %) recrutés au 24^e mois. Trente-six des 427 patients (8,4 %) avaient changé de traitement pour des raisons médicales (effets indésirables majeurs, grossesse ou incompatibilité avec le traitement antituberculeux) ; dans la plupart des cas, la stavudine avait été remplacée par la zidovudine et la névirapine par l'éfavirenz. Trente-quatre patients (8,0 %) avaient interrompu le traitement pour des raisons personnelles (contraintes financières, voyage, médecine traditionnelle, approvisionnement tardif).

Cinquante-cinq patients (22,1 %, intervalle de confiance à 95 % [IC_{95 %}] 17,1-27,8 %) au 12^e mois et 45 (25,3 %, IC_{95 %} 19,1-32,3 %) au 24^e mois avaient

Tableau 1
**Caractéristiques des patients infectés par le VIH
 après 12 et 24 mois de traitement antirétroviral**

Variable	Mois 12 (n = 249)	Mois 24 (n = 178)
Sexe		
– femmes	176	130
– hommes	73	48
Âge médian (EIQ)		
– femmes	35 (27-49)	37 (31-44)
– hommes	40 (34-46)	41 (36-49)
Traitement antirétroviral de première ligne		
– 3TC + d4T + NVP	118	104
– 3TC + AZT + NVP	9	1
– 3TC + d4T + EFV	58	40
– 3TC + AZT + EFV	61	27
– 3TC + d4T + IDV	...	3
– 3TC + AZT + IDV	1	2
– 3TC + ddl + EFV	2	1
Changement de traitement	20	16
Interruption de traitement	10	24
Examens biologiques réalisés pendant le suivi		
– charge virale	0	14
– numération des CD4 ^a	136	78

Les données sont exprimées en nombre de patients, sauf indication contraire.

3TC ; lamivudine ; AZT, zidovudine ; d4T, stavudine ; ddl, didanosine ; EFV, éfavirenz ; NVP, névirapine ; IDV, indinavir.

EIQ, écart interquartile.

^a Numération des lymphocytes T CD4 au cours des six derniers mois.

une charge virale VIH-1 plasmatique supérieure à 500 copies/ml, correspondant à la définition habituelle de l'échec virologique (*tableau 2*). La charge virale médiane chez ces patients était plus faible au 12^e mois qu'au 24^e mois. Parmi ces 100 patients, 81 avaient une charge virale supérieure à 1 000 copies/ml. Les souches virales ont pu être génotypées chez 72 de ces patients (88,9 %). Différents sous-types et formes recombinantes circulantes du groupe M étaient observés : CRF02-AG (44 patients), D (7 patients), A-Cam (sous-groupe de sous-type A, 5 patients), A (4 patients), F (4 patients), CRF11cpx (3 patients), G (2 patients), CRF13cpx (2 patients) et CRF01-AE (1 patient). Parmi les 72 souches virales génotypées, 41 présentaient une ou plusieurs mutations majeures de résistance aux antirétroviraux, dont 11 sur 34 au 12^e mois (32,4 %) et 30 sur 38 au 24^e mois (78,9 %). La prévalence des résistances du VIH était ainsi au minimum de 4,4 % (11/249, IC_{95%} 2,2-7,8 %) au 12^e mois et de 16,9 % (30/178, IC_{95%} 11,7-23,2 %) au 24^e mois.

Cinquante-cinq patients avaient une charge virale supérieure à 10 000 copies/ml (correspondant au seuil recommandé par l'OMS pour définir l'échec virologique dans les pays à ressources limitées). Par rapport aux patients qui avaient une charge virale supérieure à 1 000 copies/ml, ceux dont la charge virale était supérieure à 10 000 copies/ml étaient plus souvent infectés par des souches résistantes aux antirétroviraux (41/72, 56,9 %, *versus* 37/51, 72,5 %).

Tableau 2
**Résultats virologiques chez les patients infectés par le VIH
 après 12 et 24 mois de traitement antirétroviral**

Variable	Mois 12 (n = 249)	Mois 24 (n = 178)
Charge virale > 500 copies/ml	55 (22,1 %)	45 (25,3 %)
Charge virale médiane (EIQ) ^a , log ₁₀ copies/ml	3,1 (3,0-4,4)	4,4 (3,4-5,2)
Charge virale > 1 000 copies/ml	41 (16,4 %)	40 (22,5 %)
Amplification par PCR des échantillons avec charge virale > 1 000 copies/ml	34/41	38/40
Présence d'au moins une mutation génotypique majeure dans les échantillons amplifiés	11/34	30/38
Résistances génotypiques		
– 3TC-FTC seulement	1	0
– NVP-EFV seulement	1	3
– 3TC-FTC + NVP-EFV	7	20
– 3TC-FTC + AZT-d4T + NVP-EFV	1	4
– 3TC-FTC + AZT-d4T + NVP-EFV + ABC + TDF	1	0
– 3TC-FTC + AZT-d4T + NVP-EFV + ddl + ABC-TDF	0	1
– 3TC-FTC + AZT-d4T	0	1
– 3TC-FTC + AZT-d4T + IDV	0	1
Mutations de résistance aux INNTI^b		
– K103N	6	8
– Y181C	3	3
– Y188L	1	1
– G190A	...	1
– K101EK	...	1
– V106A	...	1
– K101E, G190S/A	...	2
– K103N, G190A	...	1
– K103N, A98S	...	2
– K103N, P225H	...	3
– K103N, Y181C	...	1
– K103N, M230L	...	1
– K103N, K101KP	...	1
– K101EK, Y181CY, G190A	...	1
– K103N, Y188L, A98S	...	1
Mutations de résistance aux INTI^c		
– T215Y	1	1
– M41L, D67N, L210W, T215Y	1	...
– M41L, T215FY	...	2
– M41L, L74V, T215Y	...	1
– D67N, K70R, K219Q	...	1
– D67N, K70R, K219E	...	1
– D67N, K70R, T215Y, K219Q	...	1
– M184V	10	27
Résistance après changement de traitement	2/20	3/16
Résistance après interruption du traitement	0/10	14/24

Les données sont exprimées en nombre (%) de patients, sauf indication contraire.

3TC : lamivudine ; AZT : zidovudine ; d4T : stavudine ; ddl : didanosine ; FTC : emtricitabine ; ABC : abacavir ; TDF : ténofovir ; EFV : éfavirenz ; NVP : névirapine ; IDV : indinavir ; INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ; INTI : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse.

EIQ : écart interquartile.

^a La charge virale médiane a été calculée pour les échantillons ayant une charge virale > 500 copies/ml.

^b Les mutations A98S et K101KP sont associées à une résistance possible aux INNTI, les autres mutations présentées ici sont associées à une résistance majeure aux INNTI.

^c Les mutations de résistance aux INTI comprennent les mutations aux analogues de la thymidine M41L, D67N, K70R, T215Y/F et K219Q/E.

Le *tableau 2* présente les antirétroviraux auxquels les souches virales étaient résistantes et les différentes mutations observées. Au 12^e mois, sur les onze patients qui présentaient des souches résistantes, dix avaient des souches résistantes à la lamivudine, dix avaient des souches résistantes aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI, névirapine et éfavirenz), et deux avaient des souches présentant des mutations aux analogues de la thymidine (TAM), qui confèrent une résistance à la zidovudine et à la stavudine. Sept patients étaient porteurs de souches résistantes à deux des trois molécules antirétrovirales incluses dans leur traitement, et deux patients étaient porteurs de souches résistantes aux trois molécules. Un patient était infecté par une souche qui présentait plusieurs mutations associées aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), avec un risque de résistance croisée à l'abacavir et, potentiellement, au ténofovir. Au 24^e mois, 28 des 30 souches virales résistantes ont été isolées chez des patients traités par lamivudine, zidovudine ou stavudine, et névirapine ou éfavirenz. Deux des six patients qui avaient reçu des inhibiteurs de la protéase avaient des souches résistantes aux deux INTI reçus, et un de ces patients avait une souche présentant des mutations majeures aux inhibiteurs de la protéase (V82A et L90M). Les 28 autres patients étaient tous porteurs de souches résistantes à la névirapine et à l'éfavirenz, 25 étaient porteurs des souches résistantes à la lamivudine et l'emtricitabine, et cinq avaient des souches présentant également des TAM. Parmi ces 28 patients, 25 présentaient des souches résistantes à deux (20 souches) ou trois molécules (cinq souches) incluses dans leur schéma thérapeutique. La mutation D67DN, associée à une résistance en présence d'autres TAM, était retrouvée dans les souches de trois autres patients. De même, la mutation Y115FS, associée à une résistance à l'abacavir en présence d'autres mutations, était retrouvée dans la souche d'un patient. Enfin, un patient était porteur d'une souche présentant des mutations associées aux INTI et provoquant une résistance croisée à des molécules non reçues, telles que la didanosine et, éventuellement, l'abacavir et le ténofovir. Alors que toutes les souches virales résistantes aux INNTI du 12^e mois n'avaient qu'une seule mutation majeure, 11 souches du 24^e mois présentaient deux mutations majeures et deux souches présentaient trois mutations majeures (15 souches n'en présentant qu'une seule). La patiente infectée par le VIH-1 groupe O avait une souche résistante à la lamivudine et à l'emtricitabine (mutation M184V), ainsi qu'à la névirapine et à l'éfavirenz (mutations A98G et Y181C) ; toutefois, les mutations associées aux INNTI pouvaient être des polymorphismes naturels caractéristiques du VIH-1 groupe O.

Discussion

Les taux de résistance du VIH aux antirétroviraux observés dans cette enquête au Cameroun demeurent relativement faibles chez des patients suivis en routine selon l'approche de santé publique recommandée par l'OMS (4,4 % au 12^e mois et 16,9 % au 24^e mois). Toutefois, chez la majorité des patients infectés par des souches virales résistantes, celles-ci présentaient des mutations génotypiques majeures associées à des résistances à au moins deux des trois molécules antirétrovirales incluses dans leur schéma thérapeutique (87,8 %). Cette forte proportion s'explique, notamment, par l'utilisation, dans les schémas thérapeutiques de première ligne, de deux antirétroviraux à faibles barrières génétiques (la lamivudine et les INNTI).

Une sous-estimation des taux de résistance ne peut être exclue, dans la mesure où cette enquête transversale a été exclusivement conduite chez des patients traités et toujours suivis et que les patients ayant abandonné leur suivi n'ont pas été inclus. Ces résultats sont néanmoins utiles pour les cliniciens qui assurent le suivi des patients. Ils constituent, par ailleurs, un indicateur de l'efficacité du programme d'accès aux antirétroviraux chez les patients encore sous traitement. À l'inverse, cette enquête ne fournit aucune information sur les causes d'abandon du traitement et de décès. La rétention des patients dans les programmes de prise en charge par les antirétroviraux demeure une préoccupation importante [5] et des études sont en cours pour mesurer ce paramètre nécessaire à l'évaluation de l'efficacité globale du programme national d'accès aux antirétroviraux au Cameroun.

Chez plus de 90 % des patients infectés par des souches virales résistantes, celles-ci présentaient simultanément des résistances à la lamivudine et à l'emtricitabine et des résistances à la névirapine et à l'éfavirenz, conformément à d'autres études [3, 7]. À l'exception de deux cas seulement, les souches virales présentant des mutations de résistance apparaissaient sensibles aux traitements de deuxième ligne recommandés par l'OMS (un inhibiteur de la protéase boosté associé, soit à l'emtricitabine ou la lamivudine, plus le ténofovir, soit à la didanosine et à l'abacavir). Ce résultat majeur est en contradiction avec celui d'une étude récente au Malawi, mais, dans cette dernière, le diagnostic de l'échec thérapeutique était basé sur des critères cliniques uniquement (entraînant, de fait, un diagnostic tardif) et les souches VIH-1 de sous-type C (qui sélectionnent préférentiellement la mutation K65R) prédominaient [3].

L'absence de résistance génotypique dans les souches virales de patients en échec virologique montre la difficulté d'interprétation d'un résultat unique de charge virale. La moitié seulement des patients ayant une charge virale supérieure à 1 000 copies/ml étaient porteurs de souches résistantes aux antirétroviraux, contre 70 % des patients ayant une charge virale supérieure à 10 000 copies/ml. Ce résultat conforte la recommandation de l'OMS de ne passer à un traitement de deuxième ligne que lorsque la charge virale est supérieure à 10 000 copies/ml [12]. Toutefois, quel que soit le seuil retenu, l'utilisation exclusive de la charge virale pour décider d'un changement de traitement, sans aide à l'observance et sans accès aux tests de résistance après un échappement virologique confirmé, peut conduire à des changements thérapeutiques non justifiés chez des patients inobservants et engendrer des dépenses financières superflues (passage inutile à des traitements de deuxième ligne plus onéreux). En revanche, pour la moitié des patients ayant une charge virale supérieure à 1 000 copies/ml, une utilisation appropriée de la charge virale éviterait l'accumulation de mutations de résistance qui compromettent le pronostic à long terme et l'efficacité de certains schémas thérapeutiques de deuxième ligne.

En conclusion, nos résultats soulignent l'importance de la mesure de la charge virale pour aider à l'identification clinique des patients non observants. Toutefois, des méthodes alternatives d'évaluation de l'observance, moins sophistiquées et moins onéreuses, doivent être développées, notamment dans le cadre de la mise en œuvre des programmes d'accès aux antirétroviraux en milieu rural [1]. Par ailleurs, nos résultats montrent que les recommandations de l'OMS pour le traitement de deuxième ligne restent adaptées au contexte camerounais.

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements aux patients et aux personnels de l'Hôpital central de Yaoundé, ainsi qu'au personnel de Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (Esther) (Gilles Raguin et Martine Dery).

Financement

Ces travaux ont été financés par Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (Esther), Paris, France, et l'Institut de recherche pour le développement – IRD (UMR 145), Montpellier, France.

Références bibliographiques

1. Bisson GP, Gross R, Bellamy S, *et al.* Adherence monitoring pharmacy refill adherence compared with CD4 count changes for monitoring HIV-infected adults on Antiretroviral therapy. *PLoS Med* 2008 ; 5 : 777-89.
2. Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, *et al.* The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet* 2006 ; 368(9534) : 505-10.
3. Hosseinipour MC, van Oosterhout JJ, Weigel R, *et al.* The public health approach to identify antiretroviral therapy failure : high-level nucleoside reverse transcriptase inhibitor resistance among Malawians failing first-line antiretroviral therapy. *AIDS* 2009 ; 23 : 1127-34.
4. Kantor R, Shafer RW, Follansbee S, *et al.* Evolution of resistance to drugs in HIV-1-infected patients failing antiretroviral therapy. *AIDS* 2004 ; 18 : 1503-11.
- 4bis. Kouanfack C, Montavon C, Laurent C, Aghokeng A, Kenfack A, Bourgeois A, Koulla-Shiro S, Mpoudi-Ngole E, Peeters M, Delaporte E. Low levels of antiretroviral-resistant HIV infection in a routine clinic in Cameroon that uses the World Health Organization (WHO). Public Health Approach to monitor antiretroviral treatment and adequacy with the WHO recommendation for second-line treatment. *Clin Infect Dis* 2009 ; 48(9) : 1318-22.
5. Rosen S, Fox MP, Gill CJ. Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa : a systematic review. *PLoS Med* 2007 ; 4 : e298.
6. Rouet F, Chaix ML, Nerrienet E, *et al.* Impact of HIV-1 genetic diversity on plasma HIV-1 RNA Quantification : usefulness of the Agence nationale de recherches sur le sida second-generation long terminal repeat-based real-time reverse transcriptase polymerase chain reaction test. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 ; 45 : 380-8.
7. Sungkanuparph S, Manosuthi W, Kiertiburanakul S, Piyavong B, Chumpathat N, Chantratita W. Options for a second-line antiretroviral regimen for HIV-1-infected patients whose initial regimen of a fixed dose combination of stavudine, lamivudine, and nevirapine fails. *Clin Infect Dis* 2007 ; 44 : 447-52.
8. Thompson JD, Higgins DG, Gibson TJ. CLUSTAL W : improving the sensitivity of progressive multiple sequence alignment through sequence weighting, position-specific gap penalties and weight matrix choice. *Nucleic Acids Res* 1994 ; 22 : 4673-80.

9. Vergne L, Bourgeois A, Mpoudi-Ngole E, *et al.* Biological and genetic characteristics of HIV infections in Cameroon reveals dual group M and O infections and a correlation between SI-inducing phenotype of the predominant CRF02_AG variant and disease stage. *Virology* 2003 ; 310 : 254-66.
10. Vergne L, Diagbouga S, Kouanfack C, *et al.* HIV-1 drug-resistance mutations among newly diagnosed patients before scaling-up programmes in Burkina Faso and Cameroon. *Antivir Ther* 2006 ; 11 : 575-9.
11. WHO, UNAIDS, UNICEF. *Towards universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector : progress report.* WHO, Geneva, Switzerland, 2008. Available at <http://www.who.int/hiv/>. Accessed 24 March 2009.
12. WHO. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : Recommendations for a public health approach.* WHO, Geneva, Switzerland, 2006. Available at <http://www.who.int/hiv/>. Accessed 24 March 2009.

Conclusion

Leçons pour et par le Cameroun



Chapitre 20

Recherche opérationnelle sur l'accès au traitement du VIH/sida dans les pays à revenus limités

Jean-Paul MOATTI, Claude ABÉ, Eric DELAPORTE, Fred EBOKO, Sinata KOULLA-SHIRO, Christian LAURENT

Dans le champ académique, la recherche opérationnelle désigne une branche des mathématiques appliquées (utilisant notamment les techniques de la programmation linéaire) à la gestion des systèmes d'information pour fournir une aide à la décision « optimale » dans tous les domaines caractérisés par des problèmes « combinatoires, aléatoires ou concurrentiels ». Au cours des dernières années, ce terme a pris, dans le champ de la recherche en santé, une acception beaucoup plus large, qui englobe l'évaluation des impacts des programmes et des politiques de santé dans toutes leurs dimensions, épidémiologiques et sanitaires bien sûr, mais aussi économiques, sociales, culturelles, voire géopolitiques [35]. Ainsi définie, la recherche opérationnelle peut mobiliser, parallèlement ou simultanément selon les nécessités de l'évaluation, la quasi-totalité des disciplines scientifiques biomédicales, cliniques et de santé publique (dont les sciences économiques, humaines et sociales). Elle se distingue de la recherche « classique », non par ses méthodes qu'elle emprunte aux différentes disciplines et qui peuvent aller de l'essai randomisé d'intervention aux études longitudinales et transversales observationnelles, ainsi qu'à diverses combinaisons d'approches quantitatives et qualitatives, que par sa finalité opérationnelle (collecter des données dans le cadre des programmes mis en œuvre et les analyser rigoureusement, afin d'en tirer des leçons), et par le souci de tenir compte de la variabilité des contextes nationaux et locaux dans lesquels se déroulent les programmes (sans pour autant s'interdire l'objectif de valider des résultats généralisables).

L'expérimentation à grande échelle qu'a justement constitué le « passage à l'échelle » (en anglais, « scaling-up ») de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida dans les pays à ressources limitées d'Afrique sub-saharienne, à l'épicentre de l'épidémie, est pour beaucoup dans le regain d'intérêt récent pour la recherche opérationnelle en santé, ne serait-ce que par l'ampleur des sommes investies dans ces programmes [36]. Selon l'ONUSIDA, la totalité des ressources mondialement engagées en 2008 dans la lutte contre sida a atteint 15,6 milliards de dollars US, dont un peu moins de la moitié (7,7 milliards) provient de l'aide publique au développement multi et bilatérale [18]. On peut d'ailleurs regretter qu'au-delà des efforts d'auto-évaluation de leur propre organisation [16, 26], les deux principaux bailleurs de fonds internationaux des programmes d'accès au traitement antirétroviral, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria et le programme d'urgence pour le sida de la Présidence américaine (PEPFAR), ne consacrent qu'une part minime de leur financement au soutien à

la recherche opérationnelle, bien en deçà des 5 à 10 % du total qu'ils affichent potentiellement dans leurs déclarations de principe pour « le monitoring et l'évaluation des programmes ». On peut, en revanche, se féliciter que la créativité et les innovations qui ont rendu possible, en moins de dix ans, la mise sous traitement antirétroviral de plus de trois millions de personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique, en dépit de difficultés multiples que la majorité des experts du Nord considéraient au départ comme insurmontables [23], se soient en permanence accompagnées d'un processus de réflexion et d'apprentissage alimenté par la recherche opérationnelle. Dans plusieurs pays africains, la mise en place des programmes d'accès au traitement antirétroviral a suscité un foisonnement d'initiatives, associant, avec l'assentiment et souvent à l'initiative des responsables de ces programmes, acteurs de terrain, organisations non gouvernementales et institutions de recherche, et visant à mieux comprendre les impacts de ces programmes, afin d'en améliorer le fonctionnement et de faciliter un échange des « leçons des expériences » qui soit « basé sur l'évidence scientifique » [19]. C'est dans une telle démarche que s'est engagé le programme national d'accès au traitement antirétroviral du ministère de la Santé publique et du comité national de lutte contre le sida du Cameroun, en suscitant une évaluation indépendante conduite de 2006 à 2009 par des chercheurs camerounais et français avec le soutien de l'Anrs. On peut même constater qu'il s'agit de l'initiative de recherche opérationnelle pour l'évaluation d'un programme national d'accès au traitement antirétroviral la plus systématique, à ce jour, sur le continent africain.

De la recherche opérationnelle, on peut dire sans doute, comme certains l'ont exprimé à propos de l'évaluation des politiques publiques, qu'elle peut être « à la fois comme la langue d'Esopo, la meilleure ou la pire des choses, un instrument utile pour la décision ou un simple camouflage » [17]. Il appartient au lecteur, qui parvient à la conclusion de cet ouvrage, de juger par lui-même de quel côté de cette alternative se situe l'évaluation du programme camerounais dont il rend compte. Signalons cependant au lecteur, avant qu'il ne se prononce, que certains des thèmes dont il pourrait à juste titre regretter l'absence (comme le traitement antirétroviral prophylactique pour la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH ou l'accès des nourrissons et des enfants au traitement antirétroviral) font activement l'objet d'autres travaux de recherche opérationnelle dans le cadre du site Anrs du Cameroun, dirigé conjointement par les Professeurs Sinata Koulla-Shiro et Eric Delaporte.

Au fil des chapitres reprenant les résultats des différents projets de recherche qui se sont articulés dans ce programme « compréhensif » d'évaluation émergent des critiques des dysfonctionnements qui persistent et des recommandations pour l'action auxquelles les autorités camerounaises et, plus largement, l'ensemble des partenaires de la lutte contre le sida de ce pays, ont déjà prêté une attention soutenue. Osons espérer que cet ouvrage contribuera à éclairer les bailleurs internationaux qui, après une forte impulsion initiale, semblent, à l'heure où nous écrivons, hésiter à poursuivre leur soutien financier à un processus de passage à l'échelle du traitement antirétroviral, dont la dynamique positive est pourtant incontestable si l'on en juge par les critères objectifs d'évaluation ici mis en œuvre.

En guise de conclusion, nous synthétiserons brièvement les principales de ces recommandations à l'usage du programme camerounais lui-même, avant d'en discuter la portée à l'aune plus globale des débats internationaux actuels sur les moyens de tenir l'engagement onusien d'accès universel à la prévention et au

traitement du VIH/sida et de tracer quelques perspectives pour le futur de la recherche opérationnelle dans ce domaine.

Des leçons pour le Cameroun

Après des tentatives plutôt infructueuses dans les années 1970 [17], le Cameroun a relancé depuis le début des années 1980 une réforme de son système de santé fondée, dans la lignée des recommandations des principaux bailleurs de fonds internationaux (Banque mondiale, OMS), sur une politique de décentralisation de plus en plus poussée de son offre de soins [14]. Cette politique implique le transfert de compétences du niveau central vers les niveaux intermédiaires et périphériques, transfert qui est explicitement reconnu et souhaité par la Constitution de 1996 du pays. Elle vise à faciliter la poursuite des objectifs stratégiques qui, dans le plan national de développement sanitaire, élaboré pour la période 1998-2008, consistaient à réduire la morbidité et la mortalité des groupes les plus vulnérables d'un tiers, de mettre en place une structure sanitaire délivrant le « paquet minimum d'activités » à une heure de marche pour 90 % de la population, et de pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90 % des structures sanitaires.

Sur la poursuite de la décentralisation

Un observateur averti note que la décentralisation a été « *introduite dans le système de santé publique au Cameroun comme un ensemble de techniques visant, par l'autonomisation des structures de santé, à transformer profondément le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire, médical et paramédical, qui est considéré comme étant à la source de la crise* » de ce système qui souffre « *comme toutes les administrations au Cameroun, des effets additionnés et combinés du bureaucratisme et du patrimonialisme* ». Ces phénomènes ont pour conséquence une tendance à « *l'appropriation corporative et collective de l'administration par son personnel* » [21]. Les difficultés économiques récurrentes vécues par le Cameroun depuis les années 1990¹ ont ralenti, de fait, la concrétisation de cette politique de décentralisation sanitaire [2] et, par voie de conséquence, les progrès du bien-être sanitaire et social de la population : le Cameroun n'occupe que la 153^e place dans le classement mondial de l'indicateur de développement humain du programme des Nations unies pour le développement, et ce alors que son rang est plus élevé (137^e) en matière de richesse économique (PIB par tête) [28]. De même, si la régression à partir des années 1990 des progrès de l'espérance de vie amorcés suite aux indépendances des années 1950 a été moins prononcée au Cameroun que dans les pays d'Afrique australe plus exposés encore à l'épidémie de sida, elle n'en est pas moins bien réelle (*figure 1*)².

¹ Tout au long de la dernière décennie du xx^e siècle, le Cameroun a connu une crise économique rampante qui s'est traduite par une quasi-stagnation (entre 1990 et 1999, la croissance annuelle moyenne du PNB n'a été que de 0,4 %). Une certaine reprise s'est manifestée depuis le début du nouveau siècle (croissance annuelle moyenne du PNB entre 2000 et 2005 de 3,7 %, mais qui demeure moins rapide que celle de la période antérieure à la crise entre 1970 et 1989) [4].

² L'espérance de vie à la naissance est actuellement estimée à 52 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes, ce qui place le Cameroun respectivement au 18^e et au 16^e rang des 25 pays d'Afrique occidentale et centrale [15].

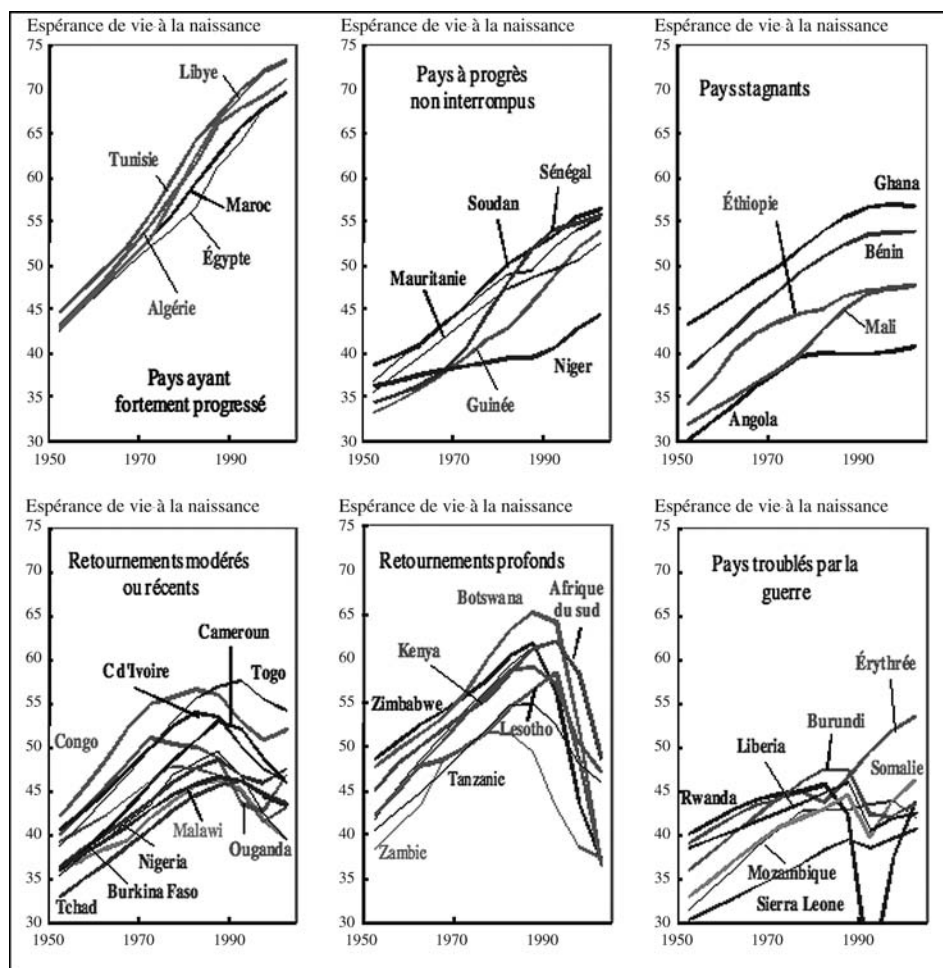


Figure 1
Évolution de l'espérance de vie à la naissance sur le continent africain (1950-2000)
 Source : Meslé F. *La transition sanitaire dans le monde : l'Afrique sub-saharienne est-elle à part ?*
 INED, Paris, décembre 2009.

Grâce à une politique audacieuse en matière d'utilisation de la concurrence des produits génériques pour l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux et à une capacité d'accéder aux canaux de financement internationaux de l'aide en matière de lutte contre le VIH/sida nouvellement mis en place à partir des années 2000 (Fonds mondial notamment), le programme camerounais a pu étendre la dispensation du traitement antirétroviral sur le territoire national. Il s'est appuyé pour ce faire, à partir de 2006, sur les structures décentralisées de santé préexistantes au niveau des districts et ce faisant, il a contribué à relancer et étendre les activités de ces dernières [30].

Toutes les analyses présentées dans cet ouvrage démontrent, quels que soient les points de fragilité qu'elles détaillent par ailleurs, la faisabilité et l'efficacité de l'approche décentralisée mise en œuvre par les autorités camerounaises pour

la diffusion de l'accès au traitement antirétroviral. Les résultats obtenus par les services de prise en charge du VIH/sida dispensant le traitement antirétroviral au niveau décentralisé des hôpitaux de district, en termes de restauration du système immunitaire, d'observance et de qualité de vie sont au moins aussi bons que dans les services centraux et provinciaux, voire même meilleurs pour certains critères.

Ces résultats montrent également que, sans remettre en cause l'efficacité des services délivrés, l'approche décentralisée favorise l'équité, en permettant un élargissement de l'accès aux populations les plus pauvres et à celles des zones rurales. La mise à disposition du traitement antirétroviral à l'échelle des districts contribue ainsi à limiter la « capture » des ressources publiques de santé par les couches plus favorisées, voire privilégiées, des zones les plus urbanisées, qui caractérise souvent les systèmes de santé des pays en développement [1]. Ce risque de « capture » et d'inéquité était d'autant plus grand dans le cas du VIH/sida que les priorités d'accès au traitement reposent sur des critères exclusivement médicaux [8], et que, dans le cas particulier du Cameroun, l'incidence du VIH tend à être plus forte dans les couches de niveau d'éducation plus élevée, mieux à même de négocier avec le système de santé, que dans le reste de la population [10].

En fait, les moins bonnes performances sont plutôt observées au niveau des hôpitaux provinciaux, ce qui s'explique pour partie par une sous-dotation en médecins et en personnels de santé par rapport au nombre de patients suivis dans les services. Ce dernier constat met en évidence la nécessité de mieux planifier les ressources humaines et l'organisation du travail en fonction des besoins de la prise en charge sur le territoire et met en garde contre le risque de faire face à une dégradation dans les services de district, dès lors qu'augmentera encore la demande de traitement de la part des personnes vivant avec le VIH/sida, comme cela s'est déjà produit après l'annonce de la gratuité des antirétroviraux en mai 2007.

Les analyses, déjà citées du plus haut [21, 30] du système de santé camerounais suggèrent que les modalités institutionnelles de sa décentralisation hésitent, en quelque sorte, entre une véritable « dévolution », qui consiste dans la « *création ou le renforcement de niveaux administratifs infra-nationaux bénéficiant d'une large indépendance vis-à-vis de l'échelon national* » d'une part, et d'autre part, une simple « déconcentration » qui se limite à un « *transfert partiel de l'autorité administrative aux bureaux locaux d'un ministère central* » [8]. L'autonomie de gestion reconnue aux établissements hospitaliers, y compris ceux de district, comme à la centrale d'achat du médicament (CENAME), implique bien « *le transfert de responsabilités gestionnaires pour des fonctions bien définies à des organisations qui se situent en marge de l'administration centrale* » et, sans aller jusqu'à la dévolution pure et simple, elle se rapproche d'une forme effective de « délégitation ». En revanche, le quadrillage du territoire par le comité national de lutte contre le sida, au travers notamment de ses groupes techniques provinciaux, comme les relations de la CENAME avec les autres échelons de la chaîne de distribution du médicament pour ce qui est des antirétroviraux, relèvent plutôt d'une déconcentration verticale. Or, on sait d'expérience, dans différents domaines du développement, que la concomitance de multiples modalités de décentralisation peut vite s'avérer contre-productive [39]. Dans le cas du programme national d'accès au traitement antirétroviral, les contraintes logistiques

peuvent même entretenir une tentation de « recentraliser » au nom de l'efficacité à court terme, qui semble déjà se manifester dans le circuit des antirétroviraux depuis l'introduction de la gratuité. Il est donc urgent de clarifier les relations institutionnelles, et les procédures, comme les circuits, de financement, entre le programme national et l'ensemble des structures impliquées dans le processus de décentralisation des soins pour le VIH/sida, sous peine d'entretenir une « verticalisation » excessive du programme qui reviendrait en arrière sur son intégration dans la pyramide sanitaire.

Sur la pérennité du financement

Dans tous les pays à bas revenu (inférieur à 3 000 dollars par tête), les paiements directs des ménages au point de consommation des soins représentent plus de la moitié du total des dépenses de santé. Le Cameroun n'échappe pas à cette règle avec 68 % à la charge directe des ménages, alors que les dépenses publiques ne consacrent que 15 dollars par habitant, ce qui représente un peu moins du tiers (28 %) du total des dépenses de santé. L'OMS a montré que les paiements directs des soins font, chaque année, basculer des millions de foyers des pays en développement sous le seuil de pauvreté absolue et imposent à un nombre plus important encore des dépenses de santé qualifiées de « catastrophiques » [47].

Dans le cadre de son « approche de santé publique » du traitement antirétroviral, l'OMS recommande désormais sa gratuité au point de consommation des soins dans les pays à revenus limités [33]. De plus, le constat est avéré que les politiques de recouvrement des coûts, introduites dans la foulée de l'Initiative de Bamako dans les années 1980, aggravent les inégalités d'accès aux soins, sans vraiment constituer une solution à la question du financement des systèmes publics de santé [5]. Au Cameroun, la gratuité totale des médicaments antirétroviraux depuis mai 2007, ainsi que le subventionnement par le gouvernement et les bailleurs internationaux d'autres catégories de dépenses liées au traitement, comme les examens biologiques, ont indiscutablement permis de lever une des barrières majeures à l'accès au traitement.

Pour autant, les dépenses de soins restant à la charge des personnes vivant avec le VIH/sida demeurent lourdes et difficiles à assumer pour beaucoup d'entre elles : comme le montre l'évaluation, même après la gratuité des antirétroviraux, un quart des patients traités et près d'un tiers des patients non traités font encore face à des dépenses « catastrophiques » de santé. Le défi pour les autorités camerounaises est désormais d'aller au-delà de la gratuité des seuls médicaments antirétroviraux, afin de réduire plus largement les dépenses de santé qui restent à la charge des personnes vivant avec le VIH/sida et de limiter le risque d'appauvrissement des ménages résultant de la maladie. Au Sénégal, par exemple, un fonds spécifique est en cours de mise en place pour financer la gratuité de la totalité des prestations offertes par les hôpitaux publics à ces personnes [37]. Cela ne pourra se faire sans des refontes importantes du système de financement de la santé et sans le développement de nouvelles sources de financement.

Tout d'abord, il est indispensable d'augmenter les ressources publiques nationales consacrées à la santé en général et à la lutte contre le VIH/sida en particulier. Selon la Banque mondiale [40], le Cameroun ne consacre que 8 % du budget de fonctionnement de l'État à la santé, loin du minimum de 15 %

recommandé par l'Union africaine depuis la Déclaration d'Abuja d'avril 2001. La répartition de ces dépenses publiques de santé est « *loin de refléter la réalité épidémiologique, puisque, sur la période 2002-2007, un quart seulement a été consacré au sida, à la malaria, la tuberculose, ainsi qu'à la mortalité maternelle et infantile, qui représentent plus de 45 % du total des pertes d'années de vie sans incapacité* ». De plus, comme l'a illustré cet ouvrage, la lutte contre le sida ne représente qu'une part minime des dépenses du ministère de la Santé publique hors de l'aide internationale. Une augmentation significative, avec un engagement pluriannuel, du budget public consacré à la lutte contre le VIH/sida contribuerait à la pérennité financière du programme national d'accès au traitement antirétroviral, ainsi qu'à la crédibilité des demandes de financement adressées aux bailleurs internationaux. Une telle augmentation permettrait notamment de répondre aux critiques, de plus en plus nombreuses, qui estiment que l'aide internationale sur le VIH/sida ne fait que se substituer aux efforts nationaux et provoque un « effet d'éviction » (crowding out), qui, en définitive, conduirait à ce que les ressources totales disponibles pour cette lutte et pour l'amélioration de la santé n'augmentent pas [32, 34].

Ensuite, la poursuite de la gratuité des antirétroviraux et son extension aux autres dépenses lourdes des personnes vivant avec le VIH/sida doit s'inscrire dans une réforme plus globale du financement du système de santé, dans l'objectif de réduire la part des dépenses qui reste à la charge directe des ménages au point de consommation des soins pour l'ensemble de la population. Cette modalité de financement est indiscutablement la plus « régressive » et donc la plus inéquitable pour les secteurs les plus pauvres de la population [6]. Toujours selon la Banque mondiale [40], « *le Cameroun se distingue par un faible accès aux services de santé pour les 60 % des ménages les plus pauvres* », bien loin donc des objectifs affichés par le plan national de développement sanitaire, et paraît « *loin d'être en capacité d'atteindre les objectifs du millénaire en matière de mortalité maternelle et infantile* »³. Dans un tel contexte, des voix peuvent s'élever pour considérer qu'« on en fait trop » pour l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH/sida par comparaison avec d'autres objectifs sanitaires légitimes. Si de tels discours peuvent se comprendre de la part de personnes gravement éprouvées par d'autres pathologies létales, ils peuvent alimenter chez des décideurs et des responsables de santé publique un « égalitarisme de façade » qui conduirait à remettre en cause les progrès accomplis dans la lutte contre le VIH/sida et à niveler par le bas la situation sanitaire de toutes les catégories de la population. Plutôt que d'opposer une pathologie grave à une autre, dans une concurrence perverse pour l'accès à des ressources rares, il s'agit de se servir des programmes mis en place avec l'aide internationale pour le VIH/sida comme d'un levier pour des améliorations plus globales du financement de la

³ Le taux de mortalité infantile avant cinq ans a augmenté de 144 à 155 pour 1 000 naissances entre 1991 et 1998 pendant la période de crise économique sévère traversée par le pays et n'a que très faiblement décliné depuis (148 pour 1 000 en 2004). Cette stagnation des progrès en matière de mortalité infantile s'explique notamment par une surmortalité élevée des enfants de un à cinq ans et par la persistance de très fortes inégalités : en 2004, ce taux était 2,2 fois plus élevé (188,7/1 000 pour les enfants naissant dans les 20 % des ménages les plus pauvres) que pour ceux des 20 % les plus riches (87,6/1 000). Quant à la mortalité maternelle, elle restait élevée (1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes), avec de fortes inégalités d'accès aux soins, les femmes des 20 % de ménages les plus pauvres ayant neuf fois moins de chances d'accoucher dans un environnement médical approprié que les 20 % des ménages les plus riches.

santé. L'objectif doit être ici de substituer aux paiements directs des mécanismes plus équitables de prépaiement et de couverture assurantielle des risques de maladie [29]. L'exemple du Rwanda montre qu'il est possible d'utiliser le soutien ciblé sur le VIH/sida d'une organisation multilatérale comme le Fonds mondial pour aider à la mise en place d'une assurance-maladie communautaire, articulée sur l'offre de soins au plan des districts et bénéficiant à l'ensemble de la population défavorisée [20]. On doit donc se féliciter de ce que la stratégie de réduction de la pauvreté adoptée par le Cameroun comporte, comme une de ses priorités, l'amélioration de l'équité dans la distribution des soins, incluant une « *promotion de la mutualisation de la couverture du risque maladie* ». Plus spécifiquement, il s'agirait « *d'amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé dans chaque district de santé d'ici à 2015, et de faire couvrir au moins 20 % des populations par des mutuelles de santé d'ici à 2015* ». Il est urgent que les dispositifs envisagés soient étroitement coordonnés avec les actions du comité national de lutte contre le sida pour l'élargissement de l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/sida, dans un objectif d'intégration maximale, qui pourrait par exemple être facilité par une demande de financement, au titre de la composante « *renforcement des systèmes de santé* », auprès du Fonds mondial et des autres bailleurs internationaux.

Sur la gestion des ressources humaines et des infrastructures

Les résultats, tant quantitatifs que qualitatifs, de l'évaluation rapportée dans cet ouvrage convergent pour montrer comment, en dépit d'un bilan globalement positif, le succès du programme national d'accès au traitement antirétroviral se voit limité par un ensemble de faiblesses structurelles liées à l'offre de soins qui affectent négativement la qualité des soins et l'accès aux services pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Les difficultés d'approvisionnement en antirétroviraux et en réactifs pour les examens de mesure des taux de CD4 aboutissent à des ruptures de stock, qui ont un impact négatif sur l'observance au traitement directement (du fait de l'absence des médicaments) et indirectement (du fait du mauvais exemple de fonctionnement donné par le système lui-même, qui peut décourager le patient de respecter ses prescriptions).

Le Cameroun souffre d'un très grave déficit en ressources humaines qui a été aggravé par la crise économique des années 1990, où l'exode de professionnels, attirés par les conditions de travail et salariales plus attrayantes dans les pays occidentaux, a entraîné à la fois une forte réduction et un vieillissement des personnels soignants. Le nombre des personnels de santé a fortement diminué, de 16 117 en 1984 à 15 202 en 1995 et 9 665 en 2008. Selon la Banque mondiale [40], ces personnels représentent aujourd'hui moins de 7 % de la fonction publique civile de l'État, soit 0,05 % de l'ensemble de la population. Ce ratio est très inférieur à celui observé dans plusieurs autres pays d'Afrique centrale et occidentale, le Cameroun « *s'écartant de 27 % de la norme recommandée par l'OMS pour le nombre d'infirmières rapporté à la population et dans des proportions très fortes dans plusieurs provinces (régions) pour celui des médecins* ».

Cette crise des ressources humaines a pu être partiellement compensée par l'inventivité dont ont su faire preuve les soignants dans le cadre de la décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral, par des innovations dans les interventions à dimension psycho-sociale dans la prise en charge du VIH/sida et par

une plus grande implication de la société civile. En particulier, la décentralisation s'est accompagnée de la mise en place de différentes stratégies, afin de renforcer le conseil à l'observance, l'accompagnement des patients dans le traitement et la prévention « secondaire » du VIH en direction des personnes vivant avec le VIH/sida elles-mêmes. De nouvelles compétences ont été mises à la disposition des patients, comme celles des assistants sociaux et des agents de relais communautaires, mais aussi des associations de personnes vivant avec le VIH/sida qui ont été impliquées dans certains services de soins dans les activités de conseil et de soutien. Au Cameroun, comme dans la plupart des autres programmes africains d'accès au traitement antirétroviral [9], ces interventions à dimension sociale ont fait la preuve de leur efficacité sur la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et notamment sur l'observance et leur qualité de vie psychique. De même, l'accès au traitement, correctement appuyé par ces interventions, contribue à la prévention de la transmission de l'épidémie.

Les résultats de l'évaluation soulignent le rôle positif de la prévention conduite à l'occasion des contacts des personnes vivant avec le VIH/sida avec le système de soins. La fréquence des comportements sexuels à risque avec le partenaire principal est en effet près de deux fois moins élevée chez les personnes vivant avec le VIH/sida traitées par antirétroviraux, par comparaison avec celles qui ne reçoivent aucun traitement pour le VIH. Ces résultats soulignent l'importance de développer un accompagnement (counseling) des personnes vivant avec le VIH/sida qui ne sont pas en contact régulier avec les structures de soins. Au vu du nombre croissant de patients à prendre en charge, la reconnaissance du statut et une rémunération régulière des agents de relais communautaires qui ont permis de renforcer les équipes de soins et le renforcement de la synergie entre ces équipes de soins et les ressources externes aux structures hospitalières, comme les associations de patients, sont l'une des clés d'un accompagnement psycho-social réussi et, à terme, d'une amélioration globale de l'efficacité du programme d'accès au traitement antirétroviral.

L'évaluation met néanmoins en lumière comment la sous-dotation de nombreux services de prise en charge du VIH/sida en ressources humaines les plus qualifiées, notamment les médecins et les assistants sociaux, est associée à une moindre efficacité clinique du traitement antirétroviral et à une moins bonne observance, ainsi qu'à une plus mauvaise qualité de vie des patients. Le manque de médecins limite également l'accès aux soins et peut notamment retarder le démarrage du traitement chez les patients éligibles, pourtant déjà en contact avec les services de soins. Contrairement à d'autres programmes africains d'accès au traitement antirétroviral [32] et aux recommandations de l'OMS [43], la mise en place d'une nouvelle organisation du travail et d'une meilleure délégation des tâches (task shifting) entre médecins et autres personnels pour le suivi des patients, si elle est souvent organisée *de facto* à l'initiative individuelle des équipes de soins et si elle est déjà recommandée au niveau des unités décentralisées de prise en charge des districts, n'a pas donné lieu, pour l'instant, à des recommandations nationales d'ensemble. Cette absence doit rapidement être colmatée et s'accompagner d'un élargissement de la formation des personnels paramédical et communautaire, afin qu'ils puissent participer plus activement encore à la prescription ou/et au suivi du traitement.

Par ailleurs, une certaine démotivation des personnels, liée à la précarité des statuts, à la faiblesse des salaires et aux conditions de travail difficiles (charge

de travail élevée, moyens techniques insuffisants), peut également jouer négativement sur la qualité des soins. Face à ces difficultés, les engagements pris en 2009, pour la première fois depuis 2000, d'augmenter les effectifs dans le système public de santé (avec 4 000 embauches prévues) doivent absolument être tenus, en veillant à une meilleure adéquation des ressources aux besoins, et à conserver les acquis des efforts des personnes déjà engagées dans le programme d'accès au traitement antirétroviral, notamment les travailleurs communautaires. Dans les limites des contraintes budgétaires et fiscales existantes, une revalorisation des revenus des professions médicales et paramédicales doit également être envisagée, comprenant un réajustement des salaires et la mise en place d'incitations susceptibles de mieux motiver les équipes face à la charge de travail supplémentaire requise, entre autres, par l'élargissement du programme de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida.

Des leçons par le Cameroun

Quels que soient les progrès accomplis et les difficultés rencontrées, par le programme national d'accès au traitement antirétroviral, il serait naïf de ne pas avoir conscience que son avenir échappe pour partie aux seuls acteurs camerounais, en ce qu'il dépend aussi d'évolutions et de débats de portée internationale.

Ainsi, la récente révision des recommandations de l'OMS en matière de traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées propose de remonter à 350 CD4/mm³ le seuil d'initiation systématique du traitement (par rapport au seuil antérieur de 200) et d'écarter progressivement le recours à la d4T (stavudine) dans les traitements de première ligne, du fait de la toxicité observée avec cette molécule [7]. Cette révision est bien sûr légitime, tant du point de vue de l'efficacité clinique que du rapport coût-efficacité des traitements disponibles [24]. Mais, elle va inéluctablement accroître les tensions sur les programmes d'accès, puisqu'elle augmente d'environ 50 % la taille de la population de personnes vivant avec le VIH/sida immédiatement éligibles pour le traitement antirétroviral et qu'elle conduit à l'abandon progressif du régime générique, incluant de la d4T, jusqu'à présent le plus fréquent au Cameroun. De même, le « vieillissement » du programme, en augmentant inéluctablement le nombre de patients nécessitant un changement de régime thérapeutique vers une deuxième ligne de médicaments antirétroviraux, va soit contribuer à alourdir la charge financière, soit exacerber des « choix tragiques » entre poursuite du traitement pour une partie des personnes vivant avec le VIH/sida prises en charge et initiation de nouveaux traitements. Selon les données collectées par l'OMS, les prix moyens des traitements de seconde ligne et des nouveaux traitements de première ligne, incluant des molécules virologiquement plus puissantes, étaient respectivement de 6 à 16 fois plus élevés que ceux des « anciens » traitements de première ligne (moins de 100 dollars par personne et par an en 2008) [41].

Cette situation est indiscutablement liée à la pleine application, depuis 2005, des accords de l'Organisation mondiale du commerce sur la propriété intellectuelle et commerciale (l'Adpic), et à la complexité des procédures qui limitent la flexibilité de ces accords en matière de recours aux licences obligatoires pour favoriser la diffusion de copies génériques des molécules brevetées. La pérennité à long terme de l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux, comme d'ailleurs d'une meilleure accessibilité aux examens biologiques de suivi (taux de CD4 et charge virale, notamment), sont donc tributaires des initiatives

internationales susceptibles de garantir une relance de la concurrence générique et des mécanismes de « prix différentiels » sur les marchés de ces biens médicaux à destination des pays du Sud [25]. Les décisions de certaines firmes pharmaceutiques détentrices de brevets de faciliter la licence de leurs molécules pour une fabrication dans des pays africains, l'initiative d'UNITAID⁴ de créer un « pool de brevets » permettant aux fabricants de génériques d'accéder plus facilement à des licences de médicaments qui seront mis à disposition par les firmes détentrices de brevets et de faciliter la mise sur le marché de combinaisons à dose fixe, celle du Fonds mondial de mettre à disposition des pays qui le souhaitent un mécanisme « d'approvisionnement groupé sur base volontaire » vont dans ce sens [45, 46]. Mais, en l'absence d'un effort international volontariste, qui pourrait prendre la forme d'une relance de l'initiative de dialogue et de négociations pour l'accès accéléré aux médicaments essentiels (Accelerated Access Initiative), établie en 2000 entre les organisations onusiennes et les firmes pharmaceutiques, la barrière financière du prix des antirétroviraux et des examens biologiques redeviendra, à court terme, un goulot d'étranglement majeur pour le passage à l'échelle des programmes d'accès au traitement antirétroviral.

Ainsi, l'actuelle crise financière et économique mondiale, qu'elle serve de prétexte à la remise en cause d'engagements antérieurs, qu'elle contribue à accorder à la lutte contre le VIH/sida une moindre visibilité sur l'agenda politique international, ou qu'elle restreigne effectivement les marges de manœuvre budgétaires des principaux pays fournisseurs de l'aide au développement, fait peser une menace indiscutable sur la pérennité des programmes d'accès au traitement antirétroviral. Pour la première fois depuis son démarrage en 2002, le Fonds mondial a fait état d'un déficit (de l'ordre de 4 milliards de dollars) pour faire face à la demande, techniquement fondée et validée, des pays récipiendaires en 2009/2010. Selon les premières estimations, pour garantir la poursuite du passage à l'échelle des programmes dans les pays soutenus par le Fonds mondial, il faudrait, pour le troisième processus de « refinancement » du Fonds qui couvrira la période 2011-2013, un quasi-doublement des engagements par rapport à ceux, déjà importants, qu'avaient pris les donateurs lors du refinancement précédent (9,8 milliards de dollars en septembre 2007 à Berlin) [12]. Aux États-Unis, les interrogations sur la faisabilité financière à moyen terme de la poursuite d'une montée en puissance du programme PEPFAR se multiplient [38].

Ces enjeux sont d'une ampleur qui dépasse bien sûr largement le seul programme camerounais. Son évaluation y contribue cependant, en ce que les leçons qu'elle permet de tirer pour le Cameroun, et que nous nous sommes efforcés de synthétiser ci-dessus, viennent alimenter l'échange d'expériences avec les recherches opérationnelles menées dans les programmes d'autres pays africains et d'autres continents. Ces leçons contribuent à l'identification de solutions communes ou en tout cas voisines, au-delà des différences de contextes [19]. En Afrique sub-saharienne, la propagation de l'épidémie de par l'incidence de nouvelles infections continue d'être deux à trois fois plus rapide que la capacité des programmes à mettre sous traitement les personnes vivant déjà avec le VIH/sida, et ce en dépit de leur passage à l'échelle [44]. Si les modélisations mathématiques, qui suggèrent que l'accès massif au traitement

⁴ UNITAID est l'organisation internationale d'aide à l'achat de médicaments et de produits de santé, financée par une taxe sur les billets d'avion mise en place par différents pays, dont la France et le Brésil.

dès le dépistage positif du VIH pourrait à l'avenir devenir la pierre angulaire de la prévention de l'épidémie, étaient confirmées empiriquement, les exigences pesant sur l'accès au traitement antirétroviral seraient encore augmentées [13].

En tout état de cause, l'expérience camerounaise a d'ores et déjà contribué à clarifier le vif débat, qui interfère fortement avec les enjeux internationaux que nous venons d'évoquer et qui divise les experts sur les mérites respectifs des programmes « ciblés » sur des épidémies comme le sida, la tuberculose et la malaria d'une part, les efforts globaux de renforcement des soins primaires et des systèmes de santé, d'autre part [11]. Les premiers ont indubitablement concentré l'essentiel de l'augmentation de l'aide internationale en santé des dix dernières années [42]. L'évaluation du programme camerounais, détaillée dans cet ouvrage, a constitué l'un des éléments de la synthèse de l'évidence scientifique existante sur les interactions entre ces programmes ciblés et les systèmes de santé, qui a été récemment coordonnée par l'OMS [27]. Les conclusions en sont que l'impact des programmes ciblés, « *quoique variable, s'est avéré plutôt positif dans l'ensemble, et a notamment permis d'attirer l'attention sur les déficiences des systèmes de santé des pays concernés* ». Toujours selon cette synthèse, accroître les « *synergies positives* » entre programmes de lutte contre le VIH/sida et ensemble du système de santé publique d'une part, et limiter les effets pervers d'une « *verticalisation* » de ces programmes, d'autre part, permettraient « *d'augmenter sensiblement le retour sanitaire et économique des investissements consentis* ».

Le lecteur, qui prendrait le temps de relire cet ouvrage à la lumière de ce débat, constaterait que le programme camerounais d'accès au traitement antirétroviral confirme l'intérêt d'une telle approche « synergistique », que d'autres ont qualifié de « diagonale », quant aux interactions entre la lutte contre le VIH/sida et le système de santé. Mais, la lucidité le conduira également à comprendre que la dynamique, jusqu'ici positive, du programme d'accès au traitement antirétroviral sur le système de santé camerounais, pourrait se retourner à brève échéance, si les problèmes structurels pointés par l'évaluation et concernant les financements, la gestion des ressources humaines et des infrastructures, comme l'architecture institutionnelle et la gouvernance d'un système décentralisé, ne trouvent pas de solutions rapides.

Pour une évaluation continue

Dès lors qu'elle est conçue comme un processus d'apprentissage, où l'on apprend aussi bien des tâtonnements et des erreurs que des succès, la recherche opérationnelle appelle à une continuité dans l'évaluation des programmes. Cette continuité est favorisée par l'existence d'un site Anrs au Cameroun, qui met déjà en œuvre d'autres projets de recherche opérationnelle couvrant notamment certains aspects que la présente évaluation n'avait pas permis d'aborder en profondeur, ou dont les résultats définitifs n'étaient pas encore disponibles au moment de rédiger cet ouvrage⁵. Surtout, cette continuité devrait prendre la forme d'une répétition, au cours du temps, des dispositifs d'enquête quantitatifs et qualitatifs déjà réalisés entre 2006 et 2009, qui pourront être

⁵ C'est notamment le cas des résultats de l'essai Stratall – Anrs 12 110 (cf Chapitre 10), dont les résultats devraient être disponibles courant 2010.

améliorés et étendus (notamment à une évaluation plus approfondie de la prise en charge des co-infections du VIH/sida).

Mais, qui dit continuité de l'évaluation dit également nécessité de son adaptation aux évolutions et aux enjeux nouveaux qu'elle a justement permis d'identifier. De ce point de vue, la mise en relation de l'évolution des indicateurs de résultats observés dans le cadre du programme d'accès au traitement antirétroviral avec celle d'indicateurs portant sur la prévention de l'épidémie, d'une part, et d'indicateurs de performances du système de santé camerounais dans la prise en charge d'autres problèmes de santé, d'autre part, devrait être au cœur de la recherche opérationnelle future. C'est dans cette voie que les équipes camerounaises et françaises impliquées dans le présent travail sont décidées à persévérer ensemble et qu'elles espèrent s'élargir à de nouveaux partenaires.

Références bibliographiques

1. Audibert M, Roodenbeke E, Mathonat J. *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Karthala, Paris, 2003.
2. Beyeme Ondoua JP. Le système de santé camerounais. *Actualités de santé publique (ADSP)* 2002 ; 39 : 61-5.
3. Celletti F, Wright A, Palen J, *et al.* Can the deployment of community health workers for the delivery of HIV services represent an effective and sustainable response to health workforce shortages ? Results of a multicountry study. *AIDS* 2010 ; S1 : S45-S58.
4. Charlier F, N'Cho-Oguie C. *Sustaining reforms for inclusive growth in Cameroon. A development policy review*. World Bank, Washington DC, USA.
5. Cissé B, Luchini S, Moatti JP. Les effets des politiques de recouvrement des coûts sur la demande de soins dans les Pays en Développement : les raisons de résultats contradictoires. *Rev Fr Eco* 2004 ; 7 : 54-86.
6. Cissé B, Luchini S, Moatti JP. Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery : What about Africa? *Health Policy* 2007 ; 80 : 51-68.
7. Crowley S, Rollins N, Shaffer N, Guerma T, Vitoria M, Lo YR. New WHO HIV treatment and prevention guidelines. *Lancet* 2009 [*epub ahead of print*].
8. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goal of 3 by 5. *Lancet* 2005 ; 366 : 169-71.
9. Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS, *et al.* Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2001 ; 358 : 404-09.
10. Fortson JG. The gradient in sub-Saharan Africa : socioeconomic status and HIV/AIDS. *Demography* 2008 ; 45 : 303-22.
11. Garrett L. The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs*, Jan-Feb 2007.

12. Global Fund against AIDS, TB & Malaria (GFATM). *Report of the Executive Director. Twentieth Board Meeting, Addis Ababa, Ethiopia 9-11 November 2009.*
13. Granich R, Gilks C, Dye C, De Cock K, Williams B. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission : a mathematical model. *Lancet* 2009 ; 373 : 48-57.
14. Gruénais ME, Pourtier R (Eds). *La Santé publique en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, La Documentation française, Paris, 2000, 195 p.
15. Haub C, Kent M. *2009 World Population Data Sheet*. Population Reference Bureau, Washington DC, USA, 2009. [www.prb.org].
16. Holmes CB, Williams-Sherlock MA, Bouey PD. Monitoring and evaluation of PEPFAR treatment programmes. *Lancet* 2009 ; 374 : 1146-7.
17. Hours B. *L'État sorcier, Santé publique et Société au Cameroun*. L'Harmattan, Paris, 1985.
18. Kates J, Lief E, Avila C. *Financing the response to AIDS in low- and middle- income countries : International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments in 2008*. UNAIDS/Kaiser Family Foundation, Geneva, July 2009.
19. Katzenstein D, Koulla-Shiro S, Laga M, Moatti JP. Learning and Doing : operational research and access to HIV treatment in Africa. *AIDS* 2010 ; 24 (suppl 1) : S1-S4.
20. Logie D, Rowson M, Ndagije F. Innovations in Rwanda's health system : looking to the future. *Lancet* 2008 ; 372 : 256-61.
21. Médard JF. Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun. *Bulletin de l'APAD* 2006 ; 21.
22. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, Eds. *Health systems decentralization. Concepts, issues and country experience*. WHO, Geneva, 1990.
23. Moatti JP, N'Doye I, Hammer SM, Hale P, Kazatchkine M. Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries : an attainable new paradigm. *Nature Medicine* 2003 ; 9 : 1449-52.
24. Morris K. New WHO guidelines on antiretrovirals welcomed worldwide. *Lancet Infect Dis* 2010 ; 10 : 11-2.
25. Orsi F, D'Almeida C, Hasenclever L, Camara M, Tigre P, Coriat B. TRIPS post-2005 and access to new antiretroviral treatments in southern countries : issues and challenges. *Aids* 2007 ; 21 : 1997-2003.
26. Peersman G, Rugg D, Erkkola T, Kiwango E, Yang J. Are the investments in national HIV monitoring and evaluation systems paying off ? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 ; 52 Suppl 2 : S87-96.
27. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go ? An in-depth analysis of increased aid flows over the past 10 years. *Bull WHO* 2009 ; 87 : 930-9.
28. PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières : Mobilité et développement humains*. Nations unies, New-York, 2009.
29. Preker AS, Langenbrunner JC, Eds. *Spending wisely. Buying health services for the poor*. The World Bank, Washington DC, USA, 2005.
30. Sama Molem C. Decentralisation of health care spending and HIV/AIDS in Cameroon, In Sama M, Vinh-Kim N, Eds. *Governing health systems in Africa*. Council for the Development of Social Science Research in Africa (CODESRIA), Dakar, Senegal, 2008, p. 60-81.
31. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Oláiz G, Partida V, García-García L, Valdespino JL. Improvement of child survival in Mexico : the diagonal approach. *Lancet* 2006 ; 368 : 2017-27.

32. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues ? *Health Policy Plan* 2008 ; 23 : 95-100.
33. Souteyrand Y, Collard V, Moatti JP, Grubb I, Guerma T. Free care at the point of service delivery : a key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries. *AIDS* 2008 ; 22 : S161-168.
34. Sridhar D, Batniji R. Misfinancing global health : a case for transparency in disbursements and decision making. *Lancet* 2008 ; 372 : 1185-91.
35. Theobald S, Taegtmeier M, Squire SB, Crichton J, Nhlema-Simwaka B, *et al.* Towards building equitable health systems in Sub-Saharan Africa : lessons from case studies on operational research. *Health Res Policy Syst* 2009 ; 7(1) : 26. [Epub ahead of print].
36. Van Damme W, Kober K, Laga M. The real challenges for scaling up ART in sub-Saharan Africa, *AIDS* 2006 ; 20 : 653-6.
37. Vinard P, Diop K, Taverne B. Implementing funding modalities for free access : The case for a "purchasing fund system" to cover medical care. In Coriat B, Éd. *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*. E Elgar, London, 2008, p. 291-311.
38. Walensky RP, Kuritzkes DR. The Impact of The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) beyond HIV and Why It Remains Essential. *Clin Infect Dis* 2009 ; Nov 30. [Epub ahead of print].
39. Werlin H. Linking decentralization and centralization : A critique of the new development administration. *Pub Adm & Devt* 2006 ; 12 : 223-35.
40. World Bank (Human Development, Africa Region). *Health sector support investment project*. Washington DC, USA, May 2008.
41. World Health Organization. *Global Price Reporting Mechanism 2009*. <http://www.who.int/hiv/amds/gprm/en/index.html>.
42. World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group (MPSCG). An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009 ; 373 : 2137-69.
43. World Health Organization, PEPFAR, UNAIDS. *Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines*. World Health Organization, Geneva, 2008.
44. World Health Organization/UNICEF/, UNAIDS. *Towards universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. World Health Organization, Geneva, 2009.
45. www.unitaid.eu/en/The-Medicines-Patent-Pool-Initiative.html.
46. www.theglobalfund.org/fr/procurement/vpp/.
47. Xu K, Evans D, Kawakabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure : a multicountry analysis. *The Lancet* 2003, 362 : 111-7.



Annexes



Liste des publications dans les revues scientifiques en lien avec les projets de recherche présentés dans cet ouvrage

Boyer S, Eboko F, Camara M, Abé C, Owona Nguini ME, Koulla-Shiro S, Moatti JP. Scaling up access to antiretroviral treatment for HIV infection and decentralization of health care delivery in Cameroon : from international initiatives to national policy. *AIDS* 2010 ; 24 (suppl 1) : S5-S15.

Boyer S, Marcellin F, Ongolo-Zogo P, Abega SC, Nantchouang R, Spire B, Moatti JP. Financial barriers to HIV treatment in Yaoundé, Cameroon : first results of a national cross-sectional survey. *Bull WHO* 2009 ; 87 (4) : 279-87.

Dia A, Marcellin F, Bonono RC, Boyer S, Bouhnik AD, Protopopescu C, Koulla-Shiro S, Carrieri MP, Abé C, Spire B, EVAL Study Group. Prevalence of unsafe sex with one's steady partner either HIV-negative or of unknown HIV status and associated determinants in Cameroon (EVAL – Anrs 12 116 survey). *Sex Transm Infect* 2009 ; doi:10.1136/sti.2008.035147

Eboko F, Engueleguele M, Owona Nguini M. Cameroun Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique. *Télescope* 2009 ; 15 : 52-67.

Eboko F. Law against morality? Access to anti-AIDS drugs in Africa. *Internat Soc Sci J* 2005 ; 186 : 713-22.

Eboko F (2005). Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique. *Cahiers d'études africaines* 2005 ; XLV (2), 178 : 351-87.

Katzenstein D, Koulla-Shiro S, Laga M, Moatti JP. Learning and doing : operational research and access to HIV treatment in Africa. *AIDS* 2010 ; 24 (suppl 1) : S1-S4.

Kouanfack C, Laborde-Balen G, Aghokeng AF, Bourgeois A, Dontsop M, Mben JM, Kazé S, Mpoudi-Ngolé E, Koulla-Shiro S, Delaporte E, Laurent C for the Stratall Anrs 12110/ESTHER Study Group. WHO clinical criteria-based initiation of antiretroviral therapy: lessons from rural district hospitals in Cameroon with regards to 2009 revised WHO recommendations. *Trop Med Int Health* 2010 *In press*.

Kouanfack C, Montavon C, Laurent C, Aghokeng A, Kenfack A, Bourgeois A, Koulla-Shiro S, Mpoudi-Ngole E, Peeters M, Delaporte E. Low levels of antiretroviral-resistant HIV infection in a routine clinic in Cameroon that uses the World Health Organization (WHO). Public Health Approach to monitor antiretroviral treatment and adequacy with the WHO recommendation for second-line treatment. *Clin Infect Dis* 2009 ; 48 (9) : 1318-22.

Loubiere S, Peretti-Watel P, Boyer S, Blanche J, Abega SC, Spire B. HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon: Results from the Anrs – EVAL study. *Soc Sci Med* 2009 ; 69 (6) : 885-91.

Loubiere S, Boyer S, Protopopescu C, Bonono CR, Abega SC, Spire B, Moatti JP. Decentralization of HIV care in Cameroon: Increased access to antiretroviral treatment and associated persistent barriers. *Hlth Pol* 2009 ; 92 (2-3) : 165-73.

Marcellin F, Abé C, Loubière S, Boyer S, Blanche J, Koulla-Shiro S, Ongolo-Zogo P, Moatti JP, Spire B, Carrieri MP, EVAL Study Group. Delayed first consultation after diagnosis of HIV infection in Cameroon. *AIDS* 2009 ; 23 (8) : 1015-9.

Marcellin F, Protopopescu C, Abé C, Boyer S, Blanche J, Ongolo-Zogo P, Koulla-Shiro S, Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, EVAL Study Group. Desire for a child among HIV-infected women receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the national survey EVAL – Anrs 12 116. *AIDS Care* 2010 *In press*.

Marcellin F, Bonono CR, Blanche J, Carrieri MP, Spire B, Koulla-Shiro S, EVAL Study Group. Higher risk of unsafe sex and impaired quality of life among patients not receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the EVAL survey – Anrs 12 116. *AIDS*, 2010 ; 24 (suppl 1) : S17-25.

Marcellin F, Boyer S, Protopopescu C, Dia A, Ongolo-Zogo P, Koulla-Shiro S, Abega SC, Abé C, Moatti JP, Spire B, Carrieri MP, EVAL Study Group (2008). Determinants of unplanned antiretroviral treatment interruptions among people living with HIV in Yaoundé, Cameroon (EVAL survey, Anrs 12 116). *Trop Med Int Health* 2008 ; 13 (12) : 1470-8.

World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009 ; 373 (9681) : 2137-69.

Contribution du site Cameroun de l'Anrs à l'évaluation du passage à l'échelle de l'accès au traitement du VIH/sida dans les pays à revenus limités

1. Projets de recherches du site Cameroun de l'Anrs ayant contribué à la réalisation de cet ouvrage

Sigle	Investigateurs principaux	Titre du projet	Date de début	Situation en janvier 2010
Anrs 12116 EVAL	Séverin Cécile Abèga Jean-Paul Moatti	Évaluation du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux : impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH	2005	Fin d'étude
Anrs 12108	Benjamin Coriat Marie-José Essi	Passage à l'échelle et approvisionnement en médicaments et outils de suivi biologique. Le cas du Cameroun et du Brésil : analyse et enseignement pour d'autres pays	2005	Fin d'étude
Anrs 12110/Esther Stratall	Charles Kouanfack Christian Laurent	Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique : évaluation clinique de la prise en charge des patients sous antirétroviraux dans des hôpitaux de district selon une approche de suivi allégé	2005	En cours
Anrs 12110/Esther Stratall	Charles Kouanfack Jean-Paul Moatti	Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique : étude coût-efficacité de la prise en charge des patients sous antirétroviraux selon une approche de suivi allégé dans des hôpitaux de district	2005	En cours
Anrs 12155	Christopher Kuaban Laurent Vidal	Les prises en charges croisées du VIH/sida et de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal : processus historiques et contraintes sociales	2007	En cours
Anrs 12155	Josiane Elvire Mballa	L'observance à l'heure de la thérapie conjointe antirétroviraux/antituberculeux au Cameroun. Anthropologie d'un nouvel enjeu de santé publique	2009	En cours

2. Autre projet de recherches au Cameroun ayant contribué à la réalisation de cet ouvrage

Sigle	Investigateur principal	Titre du projet	Date de début	Situation en janvier 2010
Esther	Charles Kouanfack Eric Delaporte	Charge virale et tests de résistance comme indicateurs biologiques d'efficacité de la prise en charge par les antirétroviraux	2006	Fin d'étude

3. Autres projets de recherches du site Cameroun de l'Anrs contribuant à l'évaluation du passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral

Sigle	Investigateurs principaux	Titre du projet	Date de début	Situation en janvier 2010
Anrs 12177	Claude Abé Fred Eboko	Étude socio-anthropologique du suivi des nourrissons infectés par le VIH-1, sous traitement antirétroviral précoce au Cameroun	2008	En cours
Anrs 12186	Ahidjo Ayoub Avelin Fogang Aghokeng	Évaluation de l'échec virologique et résistances aux antirétroviraux chez des patients VIH positifs pris en charge dans les programmes et structures nationaux en Afrique et en Asie	2008	En cours
Anrs 12169 2-LADY	Eric Delaporte Sinata Koulla Shiro	Essai multicentrique de phase III de non-infériorité, randomisé, sans insu sur les traitements, comparant l'efficacité virologique et la tolérance de trois lignes de traitement antirétroviral pendant 48 semaines chez des patients infectés par le VIH-1 en échec d'une première ligne d'antirétroviraux au Cameroun et au Sénégal	2007	En cours
Anrs 12221/ EDCTP	Eric Delaporte Papa Salif Sow	Essai multicentrique de phase III évaluant trois stratégies de traitement antirétroviral de seconde ligne en Afrique	2009	En cours
Anrs 12140 PEDIACAM	Albert Faye Mathurin Cyrille Tejiokem	Impact des multithérapies antirétrovirales et du programme élargi de vaccination sur l'évolution et la prise en charge des nourrissons infectés par le VIH-1 au Cameroun	2006	En cours
Anrs 12168 DYNA M-O	Charles Kouanfack Jean-Christophe Plantier	Diversité moléculaire des souches VIH-1 du groupe O et prise en charge thérapeutique au Cameroun	2007	En cours
Anrs 12115 DAYANA	Roland Landman Papa Salif Sow	Essai de phase III sans insu sur les traitements, randomisé, évaluant à Dakar et à Yaoundé l'efficacité virologique et la tolérance de quatre nouveaux traitements antirétroviraux simplifiés pendant 48 semaines, chez des patients naïfs d'antirétroviraux, infectés par le VIH-1	2005	En cours

Liste des auteurs

Abé Claude, Université catholique d'Afrique centrale, directeur de l'Institut de recherches socio-anthropologiques, Yaoundé, Cameroun

Abèga Séverin Cécile[†], Institut de recherches socio-anthropologiques, Université catholique d'Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun

Aghokeng Avelin Fobang, UMR 145 IRD/Université de Montpellier, France, et Laboratoire de virologie IMPM/IRD-UMR 145, Yaoundé, Cameroun

d'Almeida Cristina, Centre d'économie de l'Université Paris-Nord, CNRS, Université Paris 13, Villetaneuse, France

Aulagnier Marielle, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Bigombe Logo Patrice, Groupe de recherches administratives, politiques et sociales, Université de Yaoundé 2, Cameroun

Bilé Paule-Christiane, Institut de recherches socio-anthropologiques, Université catholique d'Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun

Biwolé-Sida Magloire, Hôpital central, Yaoundé, Cameroun

Blanche Jérôme, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Bonono Cécile-Renée, Institut de recherches socio-anthropologiques, Université catholique d'Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun

Bouhnik Anne-Déborah, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Bourgeois Anke, UMR 145 IRD/Université de Montpellier, France, et Laboratoire de virologie IMPM/IRD-UMR 145, Yaoundé, Cameroun

Boyer Sylvie, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Camara Mamadou, Centre d'économie de l'Université Paris-Nord, CNRS, Université Paris 13, Villetaneuse, France

Carrieri Maria-Patrizia, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la Santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Clerc Isabelle, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Coriat Benjamin, Centre d'économie de l'Université Paris-Nord, CNRS, Université Paris 13, Villetaneuse, France

Delaporte Eric, UMR 145 IRD/Université de Montpellier, France, et Laboratoire de virologie IMPM/IRD-UMR 145, Yaoundé, Cameroun

Dia Aïssata, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Dontsop Marlise, IRD, Yaoundé, Cameroun

Eboko Fred, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés », Marseille, France

Essi Marie-José, Faculté de médecine et de sciences biomédicales et Université de Yaoundé 1, Cameroun

Fugon Lionel, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Gamba Simona, Institut d'études politiques de Paris et Centre d'économie de l'Université Paris-Nord, CNRS, Université Paris 13, Villetaneuse, France

Idrissou Alioum, Département d'histoire, Université de Yaoundé, Cameroun

Kazé Serge, IRD, Yaoundé, Cameroun

Kenfack Alain, Hôpital central, Yaoundé, Cameroun

Kouanfack Charles, Hôpital central, Yaoundé, Cameroun

Koulla-Shiro Sinata, ministère de la Santé publique, division de la recherche opérationnelle, Yaoundé, Cameroun

Kuaban Christopher, Faculté de médecine, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Laborde-Balen Gabrièle, site Anrs du Cameroun et Coopération française

Laurent Christian, UMR 145 IRD/Université de Montpellier, France, et Laboratoire de virologie IMPM/IRD-UMR 145, Yaoundé, Cameroun

Loubière Sandrine, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d’Azur, Marseille, France

Mandjem Yves-Paul, Groupe de recherches administratives, politiques et sociales, Université de Yaoundé 2, et Institut des relations internationales du Cameroun, Yaoundé

Marcellin Fabienne, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d’Azur, Marseille, France

Mballa Josiane, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés », Marseille, France

Mben Jean-Marc, IRD, Yaoundé, Cameroun

Moatti Jean-Paul, directeur de l’UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés », Marseille, France

Montavon Céline, UMR 145 IRD/Université de Montpellier, France, et Laboratoire de virologie IMPM/IRD-UMR 145, Yaoundé, Cameroun

Mpoudi-Ngolé Eitel, Laboratoire de virologie IMPM/IRD-UMR 145, Yaoundé, Cameroun

Nkoa Colin François, Faculté des sciences économiques et de gestion, Université de Yaoundé 2, et Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun

Nkwi Paul Nchoj, Centre de recherche et de formation en sciences sociales appliquées, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Nzogue Jean-Baptiste, département d’histoire, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Ongolo-Zogo Pierre, Hôpital central, Yaoundé, Cameroun

Owona-Nguini Mathias Eric, Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun

Owona-Ntsama Joseph, Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun

Peeters Martine, UMR 145 IRD/Université de Montpellier, Centre hospitalier universitaire, Montpellier, France.

Protopopescu Camélia, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Rasson Sophie, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » et Observatoire régional de la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, Marseille, France

Sindjoun Luc, Groupe de recherches administratives, politiques et sociales, Université de Yaoundé 2, Cameroun

Socpa Antoine : Center for Applied Social Sciences Research and Training, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Spire Bruno : UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés », Marseille, France

Ventelou Bruno, Institut d'économie publique Greqam et UMR 912 Inserm/IRD/ Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés », Marseille, France

Vidal Laurent, UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés », Marseille, France, et Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun

Liste des membres des groupes d'étude

EVAl-Cameroun

S. Koulla-Shiro : ministère de la Santé publique, division de la recherche opérationnelle, Yaoundé, Cameroun ; P. Ongolo-Zogo : ministère de la Santé publique, CHU Yaoundé, Cameroun ; J. Blanche, AD Bouhnik, S. Boyer, M.P. Carrieri, A. Dia, F. Eboko, S. Loubière, F. Marcellin, J.P. Moatti, Y. Obadia, C. Protopopescu, B. Spire : UMR 912 Inserm, IRD, Université de la Méditerranée, Marseille, France ; S.C. Abèga, C. Abé, P.C. Bilé, C. Bios, R.C. Bonono, Y. Mehe, M.T. Mengue, H. Mimche, F. Mounsade, L.M. Ngaba, J. Ngo Mbog, S. Ngo Yebga, H. Nkwidjan : IRSA, Université catholique d'Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun ; R. Nantchouang : GERCIS, Université catholique d'Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun.

Stratall/Esther-Cameroun

C. Kouanfack, S. Koulla-Shiro : Hôpital central, Yaoundé, Cameroun ; A. Bourgeois, E. Delaporte, C. Laurent : UMR 145 IRD/Université Montpellier 1, France ; G. Laborde-Balen : Coopération française, Yaoundé, Cameroun ; T. Atemkeng Fotsop, M. Dontsop, S. Kazé, J.M. Mben, M.A. Ngo Hamga, Z. Tsomo : IRD, Yaoundé, Cameroun ; A.F. Aghokeng, M.G. Edoul, E. Mpoudi-Ngolé, M. Tongo : laboratoire de virologie IMPM/IRD-UMR 145, Yaoundé, Cameroun ; S. Boyer, J.P. Moatti : UMR 912 Inserm/IRD/Université de la Méditerranée, Marseille, France ; C. Abé, S.C. Abèga, C.R. Bonono, H. Mimche, S. Ngo Yebga, P.C. Bilé : IRSA, Université catholique d'Afrique centrale, Yaoundé, Cameroun ; S. Abada, T. Abanda, J. Baga, P. Bilobi Fouda, P. Etong Mve, G. Fetse Tama, H. Kemo, A. Ongodo, V. Tadewa, H.D. Voundi : Hôpital de district, Ayos, Cameroun ; A. Ambani, M. Atangana, J.C. Biaback, M. Kennedy, H. Kibedou, F. Kounga, M. Maguip Abanda, E. Mamang, A. Mikone, S. Tang, E. Tchangue, S. Tchuenko, D. Yakan : Hôpital de district, Bafia, Cameroun ; J. Assandje, S. Ebana, D. Ebo'o, D. Etoundi, G. Ngama, P. Mbarga Ango, J. Mbezele, G. Mbong, C. Moug, N. Ekotto, G. Nguemba Balla, G. Ottou, M. Tigougmo : Hôpital de district, Mbalmayo, Cameroun ; R. Beyala, B. Ebene, C. Effemba, F. Eyebe, M.M. Hadjara, T. Mbarga, M. Metou, M. Ndam, B. Ngoa, E.B. Ngock, N. Obam : Hôpital de district, Mfou, Cameroun ; A.M. Abomo, G. Angoula, E. Ekassi, Essama, J.J. Lentchou, I. Mvilongo, J. Ngapou, F. Ntokombo, V. Ondoua, R. Palawo, S. Sebe, E. Sinou, D. Wankam : Hôpital de district, Monatéle, Cameroun ; B. Akono, A. L. Ambani, L. Bilock, R. Bilo'o, J. Boombhi, F.X. Fouda, M. Guitonga, R. Mad'aa, D.R. Metou'ou, S. Mgbih, A. Noah, M. Tadena, Tcham : Hôpital de district de Nanga-Eboko, Cameroun ; G. Ambassa Elime, A.A. Bonongnaba, E. Foyaleng, R.M. Heles, R. Messina, O. Nana Ndankou, S.A. Ngono, D. Ngono Menounga, S.S. Sil, L. Tchouamou, B. Zambou : Hôpital de district, Ndikinimeki, Cameroun ; R. Abomo, J. Ambomo, C. Beyomo, P. Eloundou, C. Ewole, J. Fokom, M. Mvoto, M. Ngadena, R. Nyolo,

C. Onana, A. Oye : Hôpital de district, Obala, Cameroun ; P. Antyimi, S. Bella Mbatonga, M. Bikomo, Y. Molo Bodo, S. Ndi Ntang, P. Ndoudoumou, L. Ndzomo, S.O. Ngolo, M. Nkengue, Y. Tchinda : Hôpital de district, Sa'a, Cameroun.

POLART-Cameroun

P. Bigombe Logo, Y. Chouala, L. Sindjoun, A. Yamo, M.E. Owona-Nguini, C. Enyu'u : Université de Yaoundé 2, Cameroun ; Y.P. Mandjem : Université de Yaoundé 2 et Institut des relations internationales du Cameroun, Yaoundé ; S.P. Awondo Awondo : Institut de recherche pour le développement, Paris, France ; N. Nkoué : Médecin, Yaoundé, Cameroun ; H. Konai, A. Abdoulaye : Maroua, Cameroun ; P.N. Nkwi, A. Socpa, Ch. Gueboguo : Université de Yaoundé 1, Cameroun ; F. Eboko : UMR 912 Inserm/ IRD/Université de la Méditerranée/ORS PACA, Marseille, France.

Déjà parus dans la collection

■ **Les jeunes face au sida : de la recherche à l'action**

(mars 1993, réédition 1984)

■ **Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale**

(octobre 1994)

■ **Connaissances, représentations, comportements**

(novembre 1994)

■ **Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales**

(décembre 1995)

■ **Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques**

(avril 1996)

■ **Le dépistage du VIH en France. Politiques et pratiques**

(novembre 1996)

■ **Le sida en Afrique. Recherches en sciences de l'homme et de la société**

(avril 1997)

■ **Des professionnels face au sida. Évolution des rôles, identités et fonctions**

(avril 1998)

■ **Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales**

(juillet 1998)

■ **Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH**

(septembre 1999)

■ **Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999)**

(novembre 1999)

■ **L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'initiative Onusida/ministère de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux**

(septembre 2001)

■ **L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution**

(décembre 2001)

■ **Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux**

(juillet 2002)

■ **L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales**

(octobre 2002)

■ **Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges**

(juin 2003)

■ **Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires**

(octobre 2003)

■ **Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque**

(juin 2007)

■ **VIH/sida. Se confronter aux terrains : expériences et postures de recherche**

(février 2010)





Achevé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau

N° d'Imprimeur : 127209 - Dépôt légal : mars 2010

Imprimé en France

