

# Chapitre 1

## À l'articulation du national et de l'international : bref historique de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun<sup>1</sup>

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<sup>er</sup> 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

---

<sup>1</sup> 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<sup>er</sup> 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 rédhibitoire 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 concernent 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 demeurait 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 antirétroviraux<sup>2</sup>.

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 Douala<sup>3</sup>. 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

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

<sup>3</sup> 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 pu participer, 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'épaule. 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.

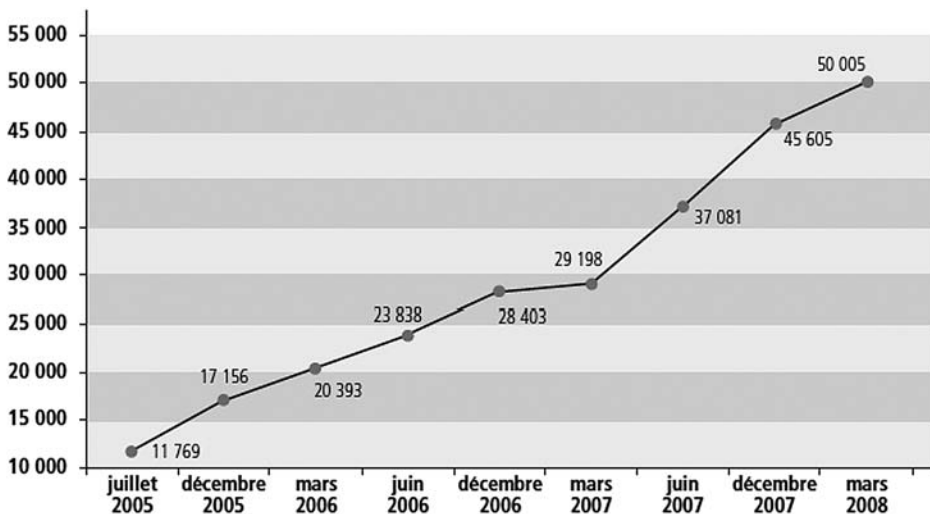
La première décision du 4 avril 2001, évoquée précédemment, était un protocole d'accord avec le représentant du laboratoire Merck, Sharpe & Dohme (MSD), commissionné pour représenter son laboratoire et quatre autres firmes pharmaceutiques. Ce protocole, dont les modalités sont demeurées confidentielles, 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, photocopié, 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, Taverne 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.

# Accès décentralisé au traitement du VIH/sida

Évaluation de  
l'expérience  
camerounaise



*Sous la direction de  
Fred Eboko  
Claude Abé  
Christian Laurent*

anRS

Agence nationale de recherches  
sur le sida et les hépatites virales

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*