

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.

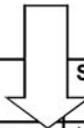
Dans ce chapitre, qui complète par une approche qualitative et de sociologie politique les éléments présentés dans les chapitres précédents, nous nous interrogeons sur la façon dont la décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral

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 rebureaucratiation 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 coordonnateurs 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 antirétroviral 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 arguent 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, Enguéguélé 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. Kamdom 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.

Accès décentralisé au traitement du VIH/sida

Évaluation de
l'expérience
camerounaise



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

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