

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 trypanimidation 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 obligeant.

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'appropriait 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 12^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.

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