

Chapitre 20

Recherche opérationnelle sur l'accès au traitement du VIH/sida dans les pays à revenus limités

Jean-Paul MOATTI, Claude ABÉ, Eric DELAPORTE, Fred EBOKO,
Sinata KOULLA-SHIRO, Christian LAURENT

Dans le champ académique, la recherche opérationnelle désigne une branche des mathématiques appliquées (utilisant notamment les techniques de la programmation linéaire) à la gestion des systèmes d'information pour fournir une aide à la décision « optimale » dans tous les domaines caractérisés par des problèmes « combinatoires, aléatoires ou concurrentiels ». Au cours des dernières années, ce terme a pris, dans le champ de la recherche en santé, une acception beaucoup plus large, qui englobe l'évaluation des impacts des programmes et des politiques de santé dans toutes leurs dimensions, épidémiologiques et sanitaires bien sûr, mais aussi économiques, sociales, culturelles, voire géopolitiques [35]. Ainsi définie, la recherche opérationnelle peut mobiliser, parallèlement ou simultanément selon les nécessités de l'évaluation, la quasi-totalité des disciplines scientifiques biomédicales, cliniques et de santé publique (dont les sciences économiques, humaines et sociales). Elle se distingue de la recherche « classique », non par ses méthodes qu'elle emprunte aux différentes disciplines et qui peuvent aller de l'essai randomisé d'intervention aux études longitudinales et transversales observationnelles, ainsi qu'à diverses combinaisons d'approches quantitatives et qualitatives, que par sa finalité opérationnelle (collecter des données dans le cadre des programmes mis en œuvre et les analyser rigoureusement, afin d'en tirer des leçons), et par le souci de tenir compte de la variabilité des contextes nationaux et locaux dans lesquels se déroulent les programmes (sans pour autant s'interdire l'objectif de valider des résultats généralisables).

L'expérimentation à grande échelle qu'a justement constitué le « passage à l'échelle » (en anglais, « scaling-up ») de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida dans les pays à ressources limitées d'Afrique sub-saharienne, à l'épicentre de l'épidémie, est pour beaucoup dans le regain d'intérêt récent pour la recherche opérationnelle en santé, ne serait-ce que par l'ampleur des sommes investies dans ces programmes [36]. Selon l'ONUSIDA, la totalité des ressources mondialement engagées en 2008 dans la lutte contre sida a atteint 15,6 milliards de dollars US, dont un peu moins de la moitié (7,7 milliards) provient de l'aide publique au développement multi et bilatérale [18]. On peut d'ailleurs regretter qu'au-delà des efforts d'auto-évaluation de leur propre organisation [16, 26], les deux principaux bailleurs de fonds internationaux des programmes d'accès au traitement antirétroviral, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria et le programme d'urgence pour le sida de la Présidence américaine (PEPFAR), ne consacrent qu'une part minime de leur financement au soutien à

la recherche opérationnelle, bien en deçà des 5 à 10 % du total qu'ils affichent potentiellement dans leurs déclarations de principe pour « le monitoring et l'évaluation des programmes ». On peut, en revanche, se féliciter que la créativité et les innovations qui ont rendu possible, en moins de dix ans, la mise sous traitement antirétroviral de plus de trois millions de personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique, en dépit de difficultés multiples que la majorité des experts du Nord considéraient au départ comme insurmontables [23], se soient en permanence accompagnées d'un processus de réflexion et d'apprentissage alimenté par la recherche opérationnelle. Dans plusieurs pays africains, la mise en place des programmes d'accès au traitement antirétroviral a suscité un foisonnement d'initiatives, associant, avec l'assentiment et souvent à l'initiative des responsables de ces programmes, acteurs de terrain, organisations non gouvernementales et institutions de recherche, et visant à mieux comprendre les impacts de ces programmes, afin d'en améliorer le fonctionnement et de faciliter un échange des « leçons des expériences » qui soit « basé sur l'évidence scientifique » [19]. C'est dans une telle démarche que s'est engagé le programme national d'accès au traitement antirétroviral du ministère de la Santé publique et du comité national de lutte contre le sida du Cameroun, en suscitant une évaluation indépendante conduite de 2006 à 2009 par des chercheurs camerounais et français avec le soutien de l'Anrs. On peut même constater qu'il s'agit de l'initiative de recherche opérationnelle pour l'évaluation d'un programme national d'accès au traitement antirétroviral la plus systématique, à ce jour, sur le continent africain.

De la recherche opérationnelle, on peut dire sans doute, comme certains l'ont exprimé à propos de l'évaluation des politiques publiques, qu'elle peut être « à la fois comme la langue d'Esopé, la meilleure ou la pire des choses, un instrument utile pour la décision ou un simple camouflage » [17]. Il appartient au lecteur, qui parvient à la conclusion de cet ouvrage, de juger par lui-même de quel côté de cette alternative se situe l'évaluation du programme camerounais dont il rend compte. Signalons cependant au lecteur, avant qu'il ne se prononce, que certains des thèmes dont il pourrait à juste titre regretter l'absence (comme le traitement antirétroviral prophylactique pour la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH ou l'accès des nourrissons et des enfants au traitement antirétroviral) font activement l'objet d'autres travaux de recherche opérationnelle dans le cadre du site Anrs du Cameroun, dirigé conjointement par les Professeurs Sinata Koulla-Shiro et Eric Delaporte.

Au fil des chapitres reprenant les résultats des différents projets de recherche qui se sont articulés dans ce programme « compréhensif » d'évaluation émergent des critiques des dysfonctionnements qui persistent et des recommandations pour l'action auxquelles les autorités camerounaises et, plus largement, l'ensemble des partenaires de la lutte contre le sida de ce pays, ont déjà prêté une attention soutenue. Osons espérer que cet ouvrage contribuera à éclairer les bailleurs internationaux qui, après une forte impulsion initiale, semblent, à l'heure où nous écrivons, hésiter à poursuivre leur soutien financier à un processus de passage à l'échelle du traitement antirétroviral, dont la dynamique positive est pourtant incontestable si l'on en juge par les critères objectifs d'évaluation ici mis en œuvre.

En guise de conclusion, nous synthétiserons brièvement les principales de ces recommandations à l'usage du programme camerounais lui-même, avant d'en discuter la portée à l'aune plus globale des débats internationaux actuels sur les moyens de tenir l'engagement onusien d'accès universel à la prévention et au

traitement du VIH/sida et de tracer quelques perspectives pour le futur de la recherche opérationnelle dans ce domaine.

Des leçons pour le Cameroun

Après des tentatives plutôt infructueuses dans les années 1970 [17], le Cameroun a relancé depuis le début des années 1980 une réforme de son système de santé fondée, dans la lignée des recommandations des principaux bailleurs de fonds internationaux (Banque mondiale, OMS), sur une politique de décentralisation de plus en plus poussée de son offre de soins [14]. Cette politique implique le transfert de compétences du niveau central vers les niveaux intermédiaires et périphériques, transfert qui est explicitement reconnu et souhaité par la Constitution de 1996 du pays. Elle vise à faciliter la poursuite des objectifs stratégiques qui, dans le plan national de développement sanitaire, élaboré pour la période 1998-2008, consistaient à réduire la morbidité et la mortalité des groupes les plus vulnérables d'un tiers, de mettre en place une structure sanitaire délivrant le « paquet minimum d'activités » à une heure de marche pour 90 % de la population, et de pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90 % des structures sanitaires.

Sur la poursuite de la décentralisation

Un observateur averti note que la décentralisation a été « *introduite dans le système de santé publique au Cameroun comme un ensemble de techniques visant, par l'autonomisation des structures de santé, à transformer profondément le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire, médical et paramédical, qui est considéré comme étant à la source de la crise* » de ce système qui souffre « *comme toutes les administrations au Cameroun, des effets additionnés et combinés du bureaucratisme et du patrimonialisme* ». Ces phénomènes ont pour conséquence une tendance à « *l'appropriation corporative et collective de l'administration par son personnel* » [21]. Les difficultés économiques récurrentes vécues par le Cameroun depuis les années 1990¹ ont ralenti, de fait, la concrétisation de cette politique de décentralisation sanitaire [2] et, par voie de conséquence, les progrès du bien-être sanitaire et social de la population : le Cameroun n'occupe que la 153^e place dans le classement mondial de l'indicateur de développement humain du programme des Nations unies pour le développement, et ce alors que son rang est plus élevé (137^e) en matière de richesse économique (PIB par tête) [28]. De même, si la régression à partir des années 1990 des progrès de l'espérance de vie amorcés suite aux indépendances des années 1950 a été moins prononcée au Cameroun que dans les pays d'Afrique australe plus exposés encore à l'épidémie de sida, elle n'en est pas moins bien réelle (*figure 1*)².

¹ Tout au long de la dernière décennie du xx^e siècle, le Cameroun a connu une crise économique rampante qui s'est traduite par une quasi-stagnation (entre 1990 et 1999, la croissance annuelle moyenne du PNB n'a été que de 0,4 %). Une certaine reprise s'est manifestée depuis le début du nouveau siècle (croissance annuelle moyenne du PNB entre 2000 et 2005 de 3,7 %, mais qui demeure moins rapide que celle de la période antérieure à la crise entre 1970 et 1989) [4].

² L'espérance de vie à la naissance est actuellement estimée à 52 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes, ce qui place le Cameroun respectivement au 18^e et au 16^e rang des 25 pays d'Afrique occidentale et centrale [15].

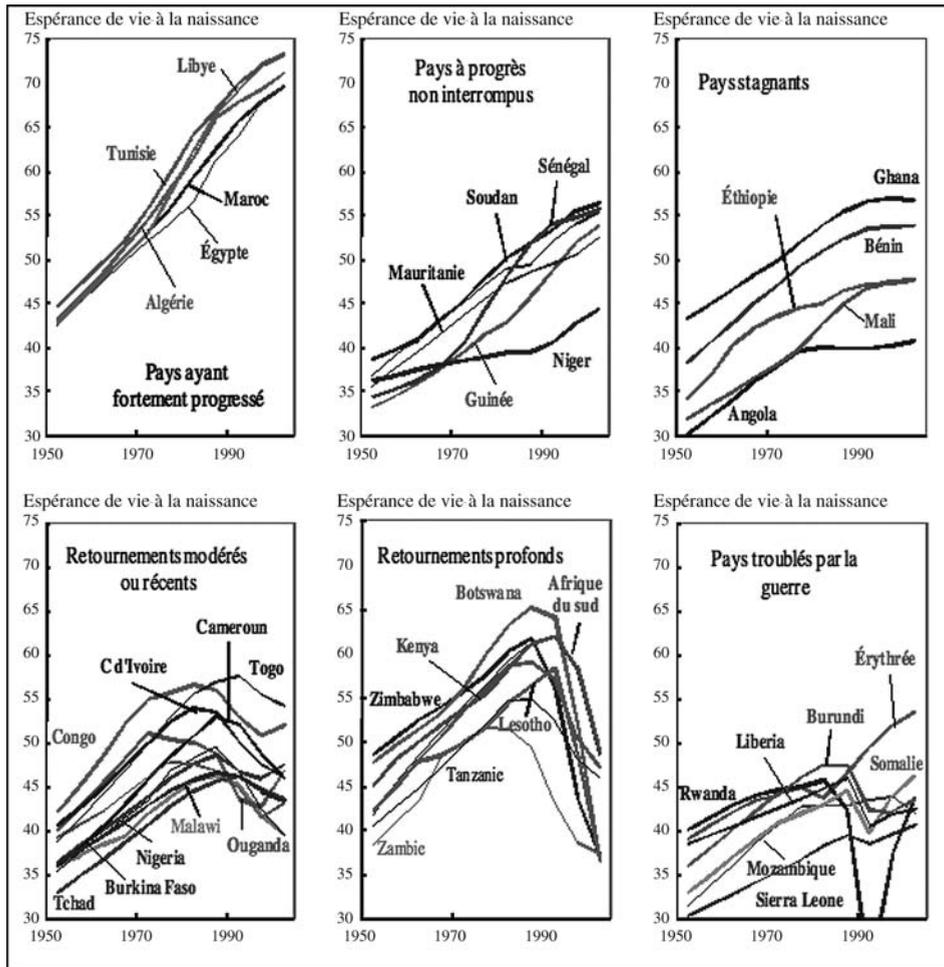


Figure 1
Évolution de l'espérance de vie à la naissance sur le continent africain (1950-2000)
 Source : Meslé F. *La transition sanitaire dans le monde : l'Afrique sub-saharienne est-elle à part ?*
 INED, Paris, décembre 2009.

Grâce à une politique audacieuse en matière d'utilisation de la concurrence des produits génériques pour l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux et à une capacité d'accéder aux canaux de financement internationaux de l'aide en matière de lutte contre le VIH/sida nouvellement mis en place à partir des années 2000 (Fonds mondial notamment), le programme camerounais a pu étendre la dispensation du traitement antirétroviral sur le territoire national. Il s'est appuyé pour ce faire, à partir de 2006, sur les structures décentralisées de santé préexistantes au niveau des districts et ce faisant, il a contribué à relancer et étendre les activités de ces dernières [30].

Toutes les analyses présentées dans cet ouvrage démontrent, quels que soient les points de fragilité qu'elles détaillent par ailleurs, la faisabilité et l'efficacité de l'approche décentralisée mise en œuvre par les autorités camerounaises pour

la diffusion de l'accès au traitement antirétroviral. Les résultats obtenus par les services de prise en charge du VIH/sida dispensant le traitement antirétroviral au niveau décentralisé des hôpitaux de district, en termes de restauration du système immunitaire, d'observance et de qualité de vie sont au moins aussi bons que dans les services centraux et provinciaux, voire même meilleurs pour certains critères.

Ces résultats montrent également que, sans remettre en cause l'efficacité des services délivrés, l'approche décentralisée favorise l'équité, en permettant un élargissement de l'accès aux populations les plus pauvres et à celles des zones rurales. La mise à disposition du traitement antirétroviral à l'échelle des districts contribue ainsi à limiter la « capture » des ressources publiques de santé par les couches plus favorisées, voire privilégiées, des zones les plus urbanisées, qui caractérise souvent les systèmes de santé des pays en développement [1]. Ce risque de « capture » et d'inéquité était d'autant plus grand dans le cas du VIH/sida que les priorités d'accès au traitement reposent sur des critères exclusivement médicaux [8], et que, dans le cas particulier du Cameroun, l'incidence du VIH tend à être plus forte dans les couches de niveau d'éducation plus élevée, mieux à même de négocier avec le système de santé, que dans le reste de la population [10].

En fait, les moins bonnes performances sont plutôt observées au niveau des hôpitaux provinciaux, ce qui s'explique pour partie par une sous-dotation en médecins et en personnels de santé par rapport au nombre de patients suivis dans les services. Ce dernier constat met en évidence la nécessité de mieux planifier les ressources humaines et l'organisation du travail en fonction des besoins de la prise en charge sur le territoire et met en garde contre le risque de faire face à une dégradation dans les services de district, dès lors qu'augmentera encore la demande de traitement de la part des personnes vivant avec le VIH/sida, comme cela s'est déjà produit après l'annonce de la gratuité des antirétroviraux en mai 2007.

Les analyses, déjà citées du plus haut [21, 30] du système de santé camerounais suggèrent que les modalités institutionnelles de sa décentralisation hésitent, en quelque sorte, entre une véritable « dévolution », qui consiste dans la « *création ou le renforcement de niveaux administratifs infra-nationaux bénéficiant d'une large indépendance vis-à-vis de l'échelon national* » d'une part, et d'autre part, une simple « déconcentration » qui se limite à un « *transfert partiel de l'autorité administrative aux bureaux locaux d'un ministère central* » [8]. L'autonomie de gestion reconnue aux établissements hospitaliers, y compris ceux de district, comme à la centrale d'achat du médicament (CENAME), implique bien « *le transfert de responsabilités gestionnaires pour des fonctions bien définies à des organisations qui se situent en marge de l'administration centrale* » et, sans aller jusqu'à la dévolution pure et simple, elle se rapproche d'une forme effective de « délégation ». En revanche, le quadrillage du territoire par le comité national de lutte contre le sida, au travers notamment de ses groupes techniques provinciaux, comme les relations de la CENAME avec les autres échelons de la chaîne de distribution du médicament pour ce qui est des antirétroviraux, relèvent plutôt d'une déconcentration verticale. Or, on sait d'expérience, dans différents domaines du développement, que la concomitance de multiples modalités de décentralisation peut vite s'avérer contre-productive [39]. Dans le cas du programme national d'accès au traitement antirétroviral, les contraintes logistiques

peuvent même entretenir une tentation de « recentraliser » au nom de l'efficacité à court terme, qui semble déjà se manifester dans le circuit des antirétroviraux depuis l'introduction de la gratuité. Il est donc urgent de clarifier les relations institutionnelles, et les procédures, comme les circuits, de financement, entre le programme national et l'ensemble des structures impliquées dans le processus de décentralisation des soins pour le VIH/sida, sous peine d'entretenir une « verticalisation » excessive du programme qui reviendrait en arrière sur son intégration dans la pyramide sanitaire.

Sur la pérennité du financement

Dans tous les pays à bas revenu (inférieur à 3 000 dollars par tête), les paiements directs des ménages au point de consommation des soins représentent plus de la moitié du total des dépenses de santé. Le Cameroun n'échappe pas à cette règle avec 68 % à la charge directe des ménages, alors que les dépenses publiques ne consacrent que 15 dollars par habitant, ce qui représente un peu moins du tiers (28 %) du total des dépenses de santé. L'OMS a montré que les paiements directs des soins font, chaque année, basculer des millions de foyers des pays en développement sous le seuil de pauvreté absolue et imposent à un nombre plus important encore des dépenses de santé qualifiées de « catastrophiques » [47].

Dans le cadre de son « approche de santé publique » du traitement antirétroviral, l'OMS recommande désormais sa gratuité au point de consommation des soins dans les pays à revenus limités [33]. De plus, le constat est avéré que les politiques de recouvrement des coûts, introduites dans la foulée de l'Initiative de Bamako dans les années 1980, aggravent les inégalités d'accès aux soins, sans vraiment constituer une solution à la question du financement des systèmes publics de santé [5]. Au Cameroun, la gratuité totale des médicaments antirétroviraux depuis mai 2007, ainsi que le subventionnement par le gouvernement et les bailleurs internationaux d'autres catégories de dépenses liées au traitement, comme les examens biologiques, ont indiscutablement permis de lever une des barrières majeures à l'accès au traitement.

Pour autant, les dépenses de soins restant à la charge des personnes vivant avec le VIH/sida demeurent lourdes et difficiles à assumer pour beaucoup d'entre elles : comme le montre l'évaluation, même après la gratuité des antirétroviraux, un quart des patients traités et près d'un tiers des patients non traités font encore face à des dépenses « catastrophiques » de santé. Le défi pour les autorités camerounaises est désormais d'aller au-delà de la gratuité des seuls médicaments antirétroviraux, afin de réduire plus largement les dépenses de santé qui restent à la charge des personnes vivant avec le VIH/sida et de limiter le risque d'appauvrissement des ménages résultant de la maladie. Au Sénégal, par exemple, un fonds spécifique est en cours de mise en place pour financer la gratuité de la totalité des prestations offertes par les hôpitaux publics à ces personnes [37]. Cela ne pourra se faire sans des refontes importantes du système de financement de la santé et sans le développement de nouvelles sources de financement.

Tout d'abord, il est indispensable d'augmenter les ressources publiques nationales consacrées à la santé en général et à la lutte contre le VIH/sida en particulier. Selon la Banque mondiale [40], le Cameroun ne consacre que 8 % du budget de fonctionnement de l'État à la santé, loin du minimum de 15 %

recommandé par l'Union africaine depuis la Déclaration d'Abuja d'avril 2001. La répartition de ces dépenses publiques de santé est « *loin de refléter la réalité épidémiologique, puisque, sur la période 2002-2007, un quart seulement a été consacré au sida, à la malaria, la tuberculose, ainsi qu'à la mortalité maternelle et infantile, qui représentent plus de 45 % du total des pertes d'années de vie sans incapacité* ». De plus, comme l'a illustré cet ouvrage, la lutte contre le sida ne représente qu'une part minime des dépenses du ministère de la Santé publique hors de l'aide internationale. Une augmentation significative, avec un engagement pluriannuel, du budget public consacré à la lutte contre le VIH/sida contribuerait à la pérennité financière du programme national d'accès au traitement antirétroviral, ainsi qu'à la crédibilité des demandes de financement adressées aux bailleurs internationaux. Une telle augmentation permettrait notamment de répondre aux critiques, de plus en plus nombreuses, qui estiment que l'aide internationale sur le VIH/sida ne fait que se substituer aux efforts nationaux et provoque un « effet d'éviction » (crowding out), qui, en définitive, conduirait à ce que les ressources totales disponibles pour cette lutte et pour l'amélioration de la santé n'augmentent pas [32, 34].

Ensuite, la poursuite de la gratuité des antirétroviraux et son extension aux autres dépenses lourdes des personnes vivant avec le VIH/sida doit s'inscrire dans une réforme plus globale du financement du système de santé, dans l'objectif de réduire la part des dépenses qui reste à la charge directe des ménages au point de consommation des soins pour l'ensemble de la population. Cette modalité de financement est indiscutablement la plus « régressive » et donc la plus inéquitable pour les secteurs les plus pauvres de la population [6]. Toujours selon la Banque mondiale [40], « *le Cameroun se distingue par un faible accès aux services de santé pour les 60 % des ménages les plus pauvres* », bien loin donc des objectifs affichés par le plan national de développement sanitaire, et paraît « *loin d'être en capacité d'atteindre les objectifs du millénaire en matière de mortalité maternelle et infantile* »³. Dans un tel contexte, des voix peuvent s'élever pour considérer qu'« on en fait trop » pour l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH/sida par comparaison avec d'autres objectifs sanitaires légitimes. Si de tels discours peuvent se comprendre de la part de personnes gravement éprouvées par d'autres pathologies létales, ils peuvent alimenter chez des décideurs et des responsables de santé publique un « égalitarisme de façade » qui conduirait à remettre en cause les progrès accomplis dans la lutte contre le VIH/sida et à niveler par le bas la situation sanitaire de toutes les catégories de la population. Plutôt que d'opposer une pathologie grave à une autre, dans une concurrence perverse pour l'accès à des ressources rares, il s'agit de se servir des programmes mis en place avec l'aide internationale pour le VIH/sida comme d'un levier pour des améliorations plus globales du financement de la

³ Le taux de mortalité infantile avant cinq ans a augmenté de 144 à 155 pour 1 000 naissances entre 1991 et 1998 pendant la période de crise économique sévère traversée par le pays et n'a que très faiblement décliné depuis (148 pour 1 000 en 2004). Cette stagnation des progrès en matière de mortalité infantile s'explique notamment par une surmortalité élevée des enfants de un à cinq ans et par la persistance de très fortes inégalités : en 2004, ce taux était 2,2 fois plus élevé (188,7/1 000 pour les enfants naissant dans les 20 % des ménages les plus pauvres) que pour ceux des 20 % les plus riches (87,6/1 000). Quant à la mortalité maternelle, elle restait élevée (1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes), avec de fortes inégalités d'accès aux soins, les femmes des 20 % de ménages les plus pauvres ayant neuf fois moins de chances d'accoucher dans un environnement médical approprié que les 20 % des ménages les plus riches.

santé. L'objectif doit être ici de substituer aux paiements directs des mécanismes plus équitables de prépaiement et de couverture assurantielle des risques de maladie [29]. L'exemple du Rwanda montre qu'il est possible d'utiliser le soutien ciblé sur le VIH/sida d'une organisation multilatérale comme le Fonds mondial pour aider à la mise en place d'une assurance-maladie communautaire, articulée sur l'offre de soins au plan des districts et bénéficiant à l'ensemble de la population défavorisée [20]. On doit donc se féliciter de ce que la stratégie de réduction de la pauvreté adoptée par le Cameroun comporte, comme une de ses priorités, l'amélioration de l'équité dans la distribution des soins, incluant une « *promotion de la mutualisation de la couverture du risque maladie* ». Plus spécifiquement, il s'agirait « *d'amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé dans chaque district de santé d'ici à 2015, et de faire couvrir au moins 20 % des populations par des mutuelles de santé d'ici à 2015* ». Il est urgent que les dispositifs envisagés soient étroitement coordonnés avec les actions du comité national de lutte contre le sida pour l'élargissement de l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/sida, dans un objectif d'intégration maximale, qui pourrait par exemple être facilité par une demande de financement, au titre de la composante « *renforcement des systèmes de santé* », auprès du Fonds mondial et des autres bailleurs internationaux.

Sur la gestion des ressources humaines et des infrastructures

Les résultats, tant quantitatifs que qualitatifs, de l'évaluation rapportée dans cet ouvrage convergent pour montrer comment, en dépit d'un bilan globalement positif, le succès du programme national d'accès au traitement antirétroviral se voit limité par un ensemble de faiblesses structurelles liées à l'offre de soins qui affectent négativement la qualité des soins et l'accès aux services pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Les difficultés d'approvisionnement en antirétroviraux et en réactifs pour les examens de mesure des taux de CD4 aboutissent à des ruptures de stock, qui ont un impact négatif sur l'observance au traitement directement (du fait de l'absence des médicaments) et indirectement (du fait du mauvais exemple de fonctionnement donné par le système lui-même, qui peut décourager le patient de respecter ses prescriptions).

Le Cameroun souffre d'un très grave déficit en ressources humaines qui a été aggravé par la crise économique des années 1990, où l'exode de professionnels, attirés par les conditions de travail et salariales plus attrayantes dans les pays occidentaux, a entraîné à la fois une forte réduction et un vieillissement des personnels soignants. Le nombre des personnels de santé a fortement diminué, de 16 117 en 1984 à 15 202 en 1995 et 9 665 en 2008. Selon la Banque mondiale [40], ces personnels représentent aujourd'hui moins de 7 % de la fonction publique civile de l'État, soit 0,05 % de l'ensemble de la population. Ce ratio est très inférieur à celui observé dans plusieurs autres pays d'Afrique centrale et occidentale, le Cameroun « *s'écartant de 27 % de la norme recommandée par l'OMS pour le nombre d'infirmières rapporté à la population et dans des proportions très fortes dans plusieurs provinces (régions) pour celui des médecins* ».

Cette crise des ressources humaines a pu être partiellement compensée par l'inventivité dont ont su faire preuve les soignants dans le cadre de la décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral, par des innovations dans les interventions à dimension psycho-sociale dans la prise en charge du VIH/sida et par

une plus grande implication de la société civile. En particulier, la décentralisation s'est accompagnée de la mise en place de différentes stratégies, afin de renforcer le conseil à l'observance, l'accompagnement des patients dans le traitement et la prévention « secondaire » du VIH en direction des personnes vivant avec le VIH/sida elles-mêmes. De nouvelles compétences ont été mises à la disposition des patients, comme celles des assistants sociaux et des agents de relais communautaires, mais aussi des associations de personnes vivant avec le VIH/sida qui ont été impliquées dans certains services de soins dans les activités de conseil et de soutien. Au Cameroun, comme dans la plupart des autres programmes africains d'accès au traitement antirétroviral [9], ces interventions à dimension sociale ont fait la preuve de leur efficacité sur la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et notamment sur l'observance et leur qualité de vie psychique. De même, l'accès au traitement, correctement appuyé par ces interventions, contribue à la prévention de la transmission de l'épidémie.

Les résultats de l'évaluation soulignent le rôle positif de la prévention conduite à l'occasion des contacts des personnes vivant avec le VIH/sida avec le système de soins. La fréquence des comportements sexuels à risque avec le partenaire principal est en effet près de deux fois moins élevée chez les personnes vivant avec le VIH/sida traitées par antirétroviraux, par comparaison avec celles qui ne reçoivent aucun traitement pour le VIH. Ces résultats soulignent l'importance de développer un accompagnement (counseling) des personnes vivant avec le VIH/sida qui ne sont pas en contact régulier avec les structures de soins. Au vu du nombre croissant de patients à prendre en charge, la reconnaissance du statut et une rémunération régulière des agents de relais communautaires qui ont permis de renforcer les équipes de soins et le renforcement de la synergie entre ces équipes de soins et les ressources externes aux structures hospitalières, comme les associations de patients, sont l'une des clés d'un accompagnement psycho-social réussi et, à terme, d'une amélioration globale de l'efficacité du programme d'accès au traitement antirétroviral.

L'évaluation met néanmoins en lumière comment la sous-dotation de nombreux services de prise en charge du VIH/sida en ressources humaines les plus qualifiées, notamment les médecins et les assistants sociaux, est associée à une moindre efficacité clinique du traitement antirétroviral et à une moins bonne observance, ainsi qu'à une plus mauvaise qualité de vie des patients. Le manque de médecins limite également l'accès aux soins et peut notamment retarder le démarrage du traitement chez les patients éligibles, pourtant déjà en contact avec les services de soins. Contrairement à d'autres programmes africains d'accès au traitement antirétroviral [32] et aux recommandations de l'OMS [43], la mise en place d'une nouvelle organisation du travail et d'une meilleure délégation des tâches (task shifting) entre médecins et autres personnels pour le suivi des patients, si elle est souvent organisée *de facto* à l'initiative individuelle des équipes de soins et si elle est déjà recommandée au niveau des unités décentralisées de prise en charge des districts, n'a pas donné lieu, pour l'instant, à des recommandations nationales d'ensemble. Cette absence doit rapidement être colmatée et s'accompagner d'un élargissement de la formation des personnels paramédical et communautaire, afin qu'ils puissent participer plus activement encore à la prescription ou/et au suivi du traitement.

Par ailleurs, une certaine démotivation des personnels, liée à la précarité des statuts, à la faiblesse des salaires et aux conditions de travail difficiles (charge

de travail élevée, moyens techniques insuffisants), peut également jouer négativement sur la qualité des soins. Face à ces difficultés, les engagements pris en 2009, pour la première fois depuis 2000, d'augmenter les effectifs dans le système public de santé (avec 4 000 embauches prévues) doivent absolument être tenus, en veillant à une meilleure adéquation des ressources aux besoins, et à conserver les acquis des efforts des personnes déjà engagées dans le programme d'accès au traitement antirétroviral, notamment les travailleurs communautaires. Dans les limites des contraintes budgétaires et fiscales existantes, une revalorisation des revenus des professions médicales et paramédicales doit également être envisagée, comprenant un réajustement des salaires et la mise en place d'incitations susceptibles de mieux motiver les équipes face à la charge de travail supplémentaire requise, entre autres, par l'élargissement du programme de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida.

Des leçons par le Cameroun

Quels que soient les progrès accomplis et les difficultés rencontrées, par le programme national d'accès au traitement antirétroviral, il serait naïf de ne pas avoir conscience que son avenir échappe pour partie aux seuls acteurs camerounais, en ce qu'il dépend aussi d'évolutions et de débats de portée internationale.

Ainsi, la récente révision des recommandations de l'OMS en matière de traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées propose de remonter à 350 CD4/mm³ le seuil d'initiation systématique du traitement (par rapport au seuil antérieur de 200) et d'écartier progressivement le recours à la d4T (stavudine) dans les traitements de première ligne, du fait de la toxicité observée avec cette molécule [7]. Cette révision est bien sûr légitime, tant du point de vue de l'efficacité clinique que du rapport coût-efficacité des traitements disponibles [24]. Mais, elle va inéluctablement accroître les tensions sur les programmes d'accès, puisqu'elle augmente d'environ 50 % la taille de la population de personnes vivant avec le VIH/sida immédiatement éligibles pour le traitement antirétroviral et qu'elle conduit à l'abandon progressif du régime générique, incluant de la d4T, jusqu'à présent le plus fréquent au Cameroun. De même, le « vieillissement » du programme, en augmentant inéluctablement le nombre de patients nécessitant un changement de régime thérapeutique vers une deuxième ligne de médicaments antirétroviraux, va soit contribuer à alourdir la charge financière, soit exacerber des « choix tragiques » entre poursuite du traitement pour une partie des personnes vivant avec le VIH/sida prises en charge et initiation de nouveaux traitements. Selon les données collectées par l'OMS, les prix moyens des traitements de seconde ligne et des nouveaux traitements de première ligne, incluant des molécules virologiquement plus puissantes, étaient respectivement de 6 à 16 fois plus élevés que ceux des « anciens » traitements de première ligne (moins de 100 dollars par personne et par an en 2008) [41].

Cette situation est indiscutablement liée à la pleine application, depuis 2005, des accords de l'Organisation mondiale du commerce sur la propriété intellectuelle et commerciale (l'Adpic), et à la complexité des procédures qui limitent la flexibilité de ces accords en matière de recours aux licences obligatoires pour favoriser la diffusion de copies génériques des molécules brevetées. La pérennité à long terme de l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux, comme d'ailleurs d'une meilleure accessibilité aux examens biologiques de suivi (taux de CD4 et charge virale, notamment), sont donc tributaires des initiatives

internationales susceptibles de garantir une relance de la concurrence générique et des mécanismes de « prix différentiels » sur les marchés de ces biens médicaux à destination des pays du Sud [25]. Les décisions de certaines firmes pharmaceutiques détentrices de brevets de faciliter la licence de leurs molécules pour une fabrication dans des pays africains, l'initiative d'UNITAID⁴ de créer un « pool de brevets » permettant aux fabricants de génériques d'accéder plus facilement à des licences de médicaments qui seront mis à disposition par les firmes détentrices de brevets et de faciliter la mise sur le marché de combinaisons à dose fixe, celle du Fonds mondial de mettre à disposition des pays qui le souhaitent un mécanisme « d'approvisionnement groupé sur base volontaire » vont dans ce sens [45, 46]. Mais, en l'absence d'un effort international volontariste, qui pourrait prendre la forme d'une relance de l'initiative de dialogue et de négociations pour l'accès accéléré aux médicaments essentiels (Accelerated Access Initiative), établie en 2000 entre les organisations onusiennes et les firmes pharmaceutiques, la barrière financière du prix des antirétroviraux et des examens biologiques redeviendra, à court terme, un goulot d'étranglement majeur pour le passage à l'échelle des programmes d'accès au traitement antirétroviral.

Ainsi, l'actuelle crise financière et économique mondiale, qu'elle serve de prétexte à la remise en cause d'engagements antérieurs, qu'elle contribue à accorder à la lutte contre le VIH/sida une moindre visibilité sur l'agenda politique international, ou qu'elle restreigne effectivement les marges de manœuvre budgétaires des principaux pays fournisseurs de l'aide au développement, fait peser une menace indiscutable sur la pérennité des programmes d'accès au traitement antirétroviral. Pour la première fois depuis son démarrage en 2002, le Fonds mondial a fait état d'un déficit (de l'ordre de 4 milliards de dollars) pour faire face à la demande, techniquement fondée et validée, des pays récipiendaires en 2009/2010. Selon les premières estimations, pour garantir la poursuite du passage à l'échelle des programmes dans les pays soutenus par le Fonds mondial, il faudrait, pour le troisième processus de « refinancement » du Fonds qui couvrira la période 2011-2013, un quasi-doublement des engagements par rapport à ceux, déjà importants, qu'avaient pris les donateurs lors du refinancement précédent (9,8 milliards de dollars en septembre 2007 à Berlin) [12]. Aux États-Unis, les interrogations sur la faisabilité financière à moyen terme de la poursuite d'une montée en puissance du programme PEPFAR se multiplient [38].

Ces enjeux sont d'une ampleur qui dépasse bien sûr largement le seul programme camerounais. Son évaluation y contribue cependant, en ce que les leçons qu'elle permet de tirer pour le Cameroun, et que nous nous sommes efforcés de synthétiser ci-dessus, viennent alimenter l'échange d'expériences avec les recherches opérationnelles menées dans les programmes d'autres pays africains et d'autres continents. Ces leçons contribuent à l'identification de solutions communes ou en tout cas voisines, au-delà des différences de contextes [19]. En Afrique sub-saharienne, la propagation de l'épidémie de par l'incidence de nouvelles infections continue d'être deux à trois fois plus rapide que la capacité des programmes à mettre sous traitement les personnes vivant déjà avec le VIH/sida, et ce en dépit de leur passage à l'échelle [44]. Si les modélisations mathématiques, qui suggèrent que l'accès massif au traitement

⁴ UNITAID est l'organisation internationale d'aide à l'achat de médicaments et de produits de santé, financée par une taxe sur les billets d'avion mise en place par différents pays, dont la France et le Brésil.

dès le dépistage positif du VIH pourrait à l'avenir devenir la pierre angulaire de la prévention de l'épidémie, étaient confirmées empiriquement, les exigences pesant sur l'accès au traitement antirétroviral seraient encore augmentées [13]. En tout état de cause, l'expérience camerounaise a d'ores et déjà contribué à clarifier le vif débat, qui interfère fortement avec les enjeux internationaux que nous venons d'évoquer et qui divise les experts sur les mérites respectifs des programmes « ciblés » sur des épidémies comme le sida, la tuberculose et la malaria d'une part, les efforts globaux de renforcement des soins primaires et des systèmes de santé, d'autre part [11]. Les premiers ont indubitablement concentré l'essentiel de l'augmentation de l'aide internationale en santé des dix dernières années [42]. L'évaluation du programme camerounais, détaillée dans cet ouvrage, a constitué l'un des éléments de la synthèse de l'évidence scientifique existante sur les interactions entre ces programmes ciblés et les systèmes de santé, qui a été récemment coordonnée par l'OMS [27]. Les conclusions en sont que l'impact des programmes ciblés, « *quoique variable, s'est avéré plutôt positif dans l'ensemble, et a notamment permis d'attirer l'attention sur les déficiences des systèmes de santé des pays concernés* ». Toujours selon cette synthèse, accroître les « *synergies positives* » entre programmes de lutte contre le VIH/sida et ensemble du système de santé publique d'une part, et limiter les effets pervers d'une « *verticalisation* » de ces programmes, d'autre part, permettraient « *d'augmenter sensiblement le retour sanitaire et économique des investissements consentis* ».

Le lecteur, qui prendrait le temps de relire cet ouvrage à la lumière de ce débat, constaterait que le programme camerounais d'accès au traitement antirétroviral confirme l'intérêt d'une telle approche « synergistique », que d'autres ont qualifié de « diagonale », quant aux interactions entre la lutte contre le VIH/sida et le système de santé. Mais, la lucidité le conduira également à comprendre que la dynamique, jusqu'ici positive, du programme d'accès au traitement antirétroviral sur le système de santé camerounais, pourrait se retourner à brève échéance, si les problèmes structurels pointés par l'évaluation et concernant les financements, la gestion des ressources humaines et des infrastructures, comme l'architecture institutionnelle et la gouvernance d'un système décentralisé, ne trouvent pas de solutions rapides.

Pour une évaluation continue

Dès lors qu'elle est conçue comme un processus d'apprentissage, où l'on apprend aussi bien des tâtonnements et des erreurs que des succès, la recherche opérationnelle appelle à une continuité dans l'évaluation des programmes. Cette continuité est favorisée par l'existence d'un site Anrs au Cameroun, qui met déjà en œuvre d'autres projets de recherche opérationnelle couvrant notamment certains aspects que la présente évaluation n'avait pas permis d'aborder en profondeur, ou dont les résultats définitifs n'étaient pas encore disponibles au moment de rédiger cet ouvrage⁵. Surtout, cette continuité devrait prendre la forme d'une répétition, au cours du temps, des dispositifs d'enquête quantitatifs et qualitatifs déjà réalisés entre 2006 et 2009, qui pourront être

⁵ C'est notamment le cas des résultats de l'essai Stratall – Anrs 12 110 (cf Chapitre 10), dont les résultats devraient être disponibles courant 2010.

améliorés et étendus (notamment à une évaluation plus approfondie de la prise en charge des co-infections du VIH/sida).

Mais, qui dit continuité de l'évaluation dit également nécessité de son adaptation aux évolutions et aux enjeux nouveaux qu'elle a justement permis d'identifier. De ce point de vue, la mise en relation de l'évolution des indicateurs de résultats observés dans le cadre du programme d'accès au traitement antirétroviral avec celle d'indicateurs portant sur la prévention de l'épidémie, d'une part, et d'indicateurs de performances du système de santé camerounais dans la prise en charge d'autres problèmes de santé, d'autre part, devrait être au cœur de la recherche opérationnelle future. C'est dans cette voie que les équipes camerounaises et françaises impliquées dans le présent travail sont décidées à persévérer ensemble et qu'elles espèrent s'élargir à de nouveaux partenaires.

Références bibliographiques

1. Audibert M, Roodenbeke E, Mathonat J. *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Karthala, Paris, 2003.
2. Beyeme Ondoua JP. Le système de santé camerounais. *Actualités de santé publique (ADSP)* 2002 ; 39 : 61-5.
3. Celletti F, Wright A, Palen J, *et al.* Can the deployment of community health workers for the delivery of HIV services represent an effective and sustainable response to health workforce shortages ? Results of a multicountry study. *AIDS* 2010 ; S1 : S45-S58.
4. Charlier F, N'Cho-Oguie C. *Sustaining reforms for inclusive growth in Cameroon. A development policy review*. World Bank, Washington DC, USA.
5. Cissé B, Luchini S, Moatti JP. Les effets des politiques de recouvrement des coûts sur la demande de soins dans les Pays en Développement : les raisons de résultats contradictoires. *Rev Fr Eco* 2004 ; 7 : 54-86.
6. Cissé B, Luchini S, Moatti JP. Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery : What about Africa? *Health Policy* 2007 ; 80 : 51-68.
7. Crowley S, Rollins N, Shaffer N, Guerma T, Vitoria M, Lo YR. New WHO HIV treatment and prevention guidelines. *Lancet* 2009 [*epub ahead of print*].
8. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goal of 3 by 5. *Lancet* 2005 ; 366 : 169-71.
9. Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS, *et al.* Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2001 ; 358 : 404-09.
10. Fortson JG. The gradient in sub-Saharan Africa : socioeconomic status and HIV/AIDS. *Demography* 2008 ; 45 : 303-22.
11. Garrett L. The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs*, Jan-Feb 2007.

12. Global Fund against AIDS, TB & Malaria (GFATM). *Report of the Executive Director. Twentieth Board Meeting, Addis Ababa, Ethiopia 9-11 November 2009.*
13. Granich R, Gilks C, Dye C, De Cock K, Williams B. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission : a mathematical model. *Lancet* 2009 ; 373 : 48-57.
14. Gruénais ME, Pourtier R (Eds). *La Santé publique en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, La Documentation française, Paris, 2000, 195 p.
15. Haub C, Kent M. *2009 World Population Data Sheet*. Population Reference Bureau, Washington DC, USA, 2009. [www.prb.org].
16. Holmes CB, Williams-Sherlock MA, Bouey PD. Monitoring and evaluation of PEPFAR treatment programmes. *Lancet* 2009 ; 374 : 1146-7.
17. Hours B. *L'État sorcier, Santé publique et Société au Cameroun*. L'Harmattan, Paris, 1985.
18. Kates J, Lief E, Avila C. *Financing the response to AIDS in low- and middle- income countries : International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments in 2008*. UNAIDS/Kaiser Family Foundation, Geneva, July 2009.
19. Katzenstein D, Koulla-Shiro S, Laga M, Moatti JP. Learning and Doing : operational research and access to HIV treatment in Africa. *AIDS* 2010 ; 24 (suppl 1) : S1-S4.
20. Logie D, Rowson M, Ndagije F. Innovations in Rwanda's health system : looking to the future. *Lancet* 2008 ; 372 : 256-61.
21. Médard JF. Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun. *Bulletin de l'APAD* 2006 ; 21.
22. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, Eds. *Health systems decentralization. Concepts, issues and country experience*. WHO, Geneva, 1990.
23. Moatti JP, N'Doye I, Hammer SM, Hale P, Kazatchkine M. Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries : an attainable new paradigm. *Nature Medicine* 2003 ; 9 : 1449-52.
24. Morris K. New WHO guidelines on antiretrovirals welcomed worldwide. *Lancet Infect Dis* 2010 ; 10 : 11-2.
25. Orsi F, D'Almeida C, Hasenclever L, Camara M, Tigre P, Coriat B. TRIPS post-2005 and access to new antiretroviral treatments in southern countries : issues and challenges. *Aids* 2007 ; 21 : 1997-2003.
26. Peersman G, Rugg D, Erkkola T, Kiwango E, Yang J. Are the investments in national HIV monitoring and evaluation systems paying off ? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 ; 52 Suppl 2 : S87-96.
27. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go ? An in-depth analysis of increased aid flows over the past 10 years. *Bull WHO* 2009 ; 87 : 930-9.
28. PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières : Mobilité et développement humains*. Nations unies, New-York, 2009.
29. Preker AS, Langenbrunner JC, Eds. *Spending wisely. Buying health services for the poor*. The World Bank, Washington DC, USA, 2005.
30. Sama Molem C. Decentralisation of health care spending and HIV/AIDS in Cameroon, In Sama M, Vinh-Kim N, Eds. *Governing health systems in Africa*. Council for the Development of Social Science Research in Africa (CODESRIA), Dakar, Senegal, 2008, p. 60-81.
31. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Oláiz G, Partida V, García-García L, Valdespino JL. Improvement of child survival in Mexico : the diagonal approach. *Lancet* 2006 ; 368 : 2017-27.

32. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues ? *Health Policy Plan* 2008 ; 23 : 95-100.
33. Souteyrand Y, Collard V, Moatti JP, Grubb I, Guerma T. Free care at the point of service delivery : a key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries. *AIDS* 2008 ; 22 : S161-168.
34. Sridhar D, Batniji R. Misfinancing global health : a case for transparency in disbursements and decision making. *Lancet* 2008 ; 372 : 1185-91.
35. Theobald S, Taegtmeier M, Squire SB, Crichton J, Nhlema-Simwaka B, *et al.* Towards building equitable health systems in Sub-Saharan Africa : lessons from case studies on operational research. *Health Res Policy Syst* 2009 ; 7(1) : 26. [Epub ahead of print].
36. Van Damme W, Kober K, Laga M. The real challenges for scaling up ART in sub-Saharan Africa, *AIDS* 2006 ; 20 : 653-6.
37. Vinard P, Diop K, Taverne B. Implementing funding modalities for free access : The case for a "purchasing fund system" to cover medical care. In Coriat B, Éd. *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*. E Elgar, London, 2008, p. 291-311.
38. Walensky RP, Kuritzkes DR. The Impact of The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) beyond HIV and Why It Remains Essential. *Clin Infect Dis* 2009 ; Nov 30. [Epub ahead of print].
39. Werlin H. Linking decentralization and centralization : A critique of the new development administration. *Pub Adm & Devt* 2006 ; 12 : 223-35.
40. World Bank (Human Development, Africa Region). *Health sector support investment project*. Washington DC, USA, May 2008.
41. World Health Organization. *Global Price Reporting Mechanism 2009*. <http://www.who.int/hiv/amds/gprm/en/index.html>.
42. World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group (MPSCG). An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009 ; 373 : 2137-69.
43. World Health Organization, PEPFAR, UNAIDS. *Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines*. World Health Organization, Geneva, 2008.
44. World Health Organization/UNICEF/, UNAIDS. *Towards universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. World Health Organization, Geneva, 2009.
45. www.unitaid.eu/en/The-Medicines-Patent-Pool-Initiative.html.
46. www.theglobalfund.org/fr/procurement/vpp/.
47. Xu K, Evans D, Kawakabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure : a multicountry analysis. *The Lancet* 2003, 362 : 111-7.

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