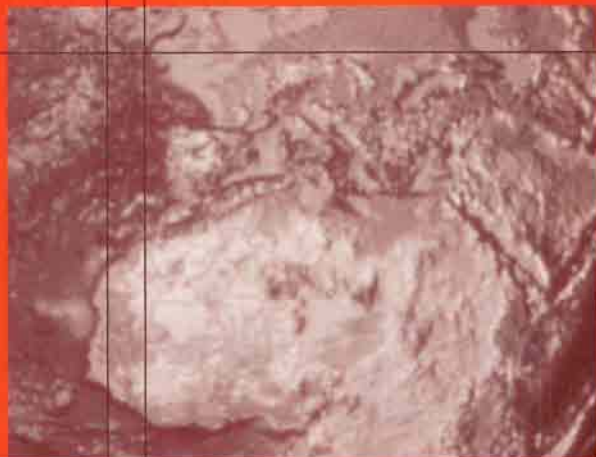


Sida et tuberculose : la double peine ?

Institutions, professionnels
et sociétés face à la coinfection
au Cameroun et au Sénégal



LAURENT VIDAL ET CHRISTOPHER KUABAN (DIR.)

Sida et tuberculose: la double peine?



Dans la même collection

1. J. KAMANDA KIMONA-MBINGA, *Le défi congolais. De la dégénérescence à la renaissance*, 2001.
2. Z. HABIMANA MAKAMBA (dir.), *Courants actuels de la philosophie africaine*, 2002.
3. Ph. DENIS ET C. SAPPIA (dir.), *Femmes d'Afrique dans une société en mutation*, 2004.
4. P.-J. LAURENT (dir.), *Décentralisation et citoyenneté au Burkina Faso*, 2004.
5. M. PONCELET, G. PIROTTE, G. STANGHERLIN et E. SINDAYIHEBURA, *Les ONG en villes africaines. Études de cas à Cotonou (Benin) et à Lubumbashi (RDC)*, 2006.
6. Ch. BECKER et Ph. DENIS (eds), *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne. Regards historiens*, 2006.
7. E. P. NGOMA-BINDA, *Principes de gouvernance politique éthique. ... Et le Congo sera sauvé*, 2009.
8. P. PETIT (dir.), *Société civile et éducation. Le partenariat à l'épreuve du terrain*, 2010.
9. L. VIDAL & C. KUABAN (dir.), *Sida et tuberculose: la double peine? Institutions, professionnels et société face à la co-infection au Cameroun et au Sénégal*, 2010.



Collection « ESPACE AFRIQUE »

9

SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

*Institutions, professionnels et sociétés
face à la coinfection
au Cameroun et au Sénégal*

**Laurent VIDAL & Christopher KUABAN
(dir.)**

ACADEMIA



BRUYLANT

D/2011/4910/02

ISBN 978-2-8061-0014-6

© **BRUYLANT-ACADEMIA s.a.**
Grand'Place, 29
B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

www.academia-bruylant.be

Tous droits de reproduction, d'adaptation ou de traduction, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays sans l'autorisation de l'éditeur ou de ses ayants droit.

Imprimé en Belgique.

Remerciements



Laurent VIDAL et Christopher KUABAN

Nous tenons à remercier l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS, Paris) qui a soutenu entièrement le projet de recherche à l'origine de cet ouvrage¹. Sans son appui durant trois années, ni la recherche, ni cet ouvrage n'auraient pu voir le jour.

Notre gratitude va à la Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale et au Site ANRS de Yaoundé qui ont accueilli au Cameroun certains des chercheurs impliqués dans ce travail collectif.

Nous remercions aussi sincèrement les équipes des Représentations de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) à Dakar et Yaoundé, et notamment leurs représentants, pour leur appui logistique tout au long des trois années du projet.

Au Cameroun comme au Sénégal, les responsables des structures de santé où les enquêtes ont été menées, et leurs personnels, les responsables des programmes de lutte contre le sida et la tuberculose, et l'ensemble des personnes qui, au sein des ministères de la Santé des deux pays ont permis le déroulement de cette recherche, et ont donné de leur temps, trouverons ici l'expression de notre reconnaissance.

Au Cameroun, au Sénégal et en France nous adressons nos remerciements aux responsables des Archives de Yaoundé, Buéa, Dakar, Saint-Louis, Aix-en-Provence (Archives nationales d'Outre-mer) et Marseille (Institut de médecine tropicale du service de santé des armées).

¹ Il s'agit du projet ANRS 12555: «Les prises en charge croisées du VIH et de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal: processus historiques et contraintes sociales.»

6 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

Nous voulons aussi remercier les enquêtrices et les enquêteurs qui ont rendu possible la réalisation de l'enquête socio-économique dont les résultats sont présentés dans le dernier chapitre de cet ouvrage.

Enfin, nous sommes gré aux patients, vivant avec le VIH et/ou la tuberculose, rencontrés dans les différentes structures de santé où notre enquête s'est déroulée, d'avoir accepté notre présence, et de répondre à nos questions.



Introduction

**LES ANTHROPOLOGUES,
LES HISTORIENS
ET UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE**



Laurent VIDAL, Alioum IDRISOU, Christopher KUABAN

1. Préalables

Vivre avec la tuberculose et le sida s'apparente – par bien des aspects que cet ouvrage va s'attacher à explorer – à une double peine. Celle des malades, d'abord, qui souffrent de deux affections et sont confrontés à deux procédures d'identification et de suivi de leur mal. Deux affections guère banales qui, selon des histoires différentes, portent la suspicion, la crainte, parfois la stigmatisation : aussi, que deviennent ces sensations, ces expériences lorsqu'elles s'associent chez une même personne ? Double peine, aussi, car nous avons là deux affections qui mettent à l'épreuve les personnes et les structures chargées de les prendre charge. En effet, traditionnellement et à de très rares exceptions près¹, les institutions chargées, dans les pays du Sud les plus touchés par la tuberculose et le sida, de coordonner la « lutte » contre ces deux maladies sont des structures différentes. Cela ne signifie pas que les unes ignorent les activités des autres, mais plus exactement qu'elles sont organisées – à leur origine – pour mener des actions concernant « la » maladie dont elles ont la charge, le sida d'un côté, la tuberculose, de l'autre. D'inévitables adaptations, remises en questions, voire transformations sont demandées (en particulier par les institutions internationales et leurs relais locaux) aux responsables des systèmes de santé des pays concernés (OMS, 2004 ; Stop TB, 2006) : demandes qui ne signifient pas application immédiate et sans heurt de ce souhait de voir des passerelles se créer entre les programmes, et qui ne débouchent pas immédiatement sur des actions communes. À cet égard, la « double peine » qui atteint le malade, se ressent aussi – selon des modalités naturellement très différentes – tant au niveau des institutions centrales et périphériques chargées de coordonner les actions contre l'une et l'autre maladie, qu'au niveau, surtout, des professionnels de santé : aux contraintes et exigences posées par la prise en charge de l'une ou de l'autre maladie s'ajoutent là celles de diagnostiquer, traiter et suivre l'une et l'autre, ceci chez une même personne. Double difficulté, « double peine », pour ces soignants ? Les pages qui suivent se

¹ En 1995 la Côte d'Ivoire a créé le premier programme de lutte contre le sida, les MST et la tuberculose en Afrique. Ce programme n'existe plus, mais le pays a aussi innové par la suite en créant un ministère de la Lutte contre le sida.

10 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

proposent précisément de comprendre dans quelle mesure ces soignants subissent, anticipent ou s'adaptent à des situations médicales tout autant que sociales.

Que les dimensions médicales et sociales d'une maladie s'expriment dans la relation de soins, dans les décisions du malade pour se soigner, est un fait largement connu (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003; Vidal *et al.*, 2005). Ceci étant, avec la coinfection TB/VIH ce socle de pensée des sciences sociales et, de plus en plus, de la santé publique, se trouve par bien des aspects redessiné.

Sans entrer dans les détails chronologiques et argumentatifs exposés dans les pages qui suivent, disons que nous avons en effet une préoccupation médicale ancienne: les premières observations sur les formes, les dangers et les implications de la coinfection TB/VIH ont été faites il y a une vingtaine d'années (Perriens *et al.*, 1991). La communauté scientifique médicale sait que ces deux maladies sont très souvent associées et que leur émergence comme leur gravité se nourrissent l'une de l'autre (Bayer, 1993; De Cock, 1999; Farmer, 1998). Mais ce n'est que plus récemment que les débats internationaux ont posé un constat non plus seulement médical mais « politique », étant entendus par là les dispositifs conceptuels comme pratiques devant être mis en place par les systèmes de santé pour faire face au « problème de santé publique ». L'idée d'intégrer (association, collaboration...) les luttes contre les deux maladies a alors pris forme et s'est inscrite au cœur des « agendas » des politiques de santé des pays concernés (Scott *et al.*, 2010). Et aujourd'hui plus que jamais cette nécessité traverse les discours comme les textes produits pas les acteurs, les décideurs, les programmes et les agences s'intéressant au sida ou à la tuberculose (Lönnroth *et al.*, 2010; Ghebreyesus *et al.*, 2010).

Suivant donc une première pente – la voie de la santé publique – on voit donc se construire un objet de réflexion pour les sciences sociales, dès lors qu'a l'attrait pour le sociologue, l'anthropologue, l'historien ou l'économiste de ces évolutions du rapport médical à un « problème de santé », s'ajoute la stimulation d'investir un espace de réflexion relativement vierge. Rares sont en effet les études en sciences sociales – essentiellement

qualitatives comme c'est le cas dans cet ouvrage – menées sur la coinfection TB/VIH dans les pays en développement.

Une seconde voie, motivant cet ouvrage, révèle des préoccupations plus spécifiques des sciences sociales. Nous y reviendrons largement – y compris dans les lignes qui suivent –, cependant nous pouvons d'ores et déjà indiquer que nous avons, avec la coinfection, un objet paradigmatique, dès lors qu'il oblige à penser simultanément un ensemble de questions qui traversent les sciences sociales de la santé : le fait de vivre avec deux affections ; les relations aux soignants prenant traditionnellement en charge l'une ou l'autre maladie ; les mécanismes individuels et sociaux de l'observance de deux traitements à durées différentes ; la réception des messages d'information de nature par définition distincte (la « proximité » est en cause avec la tuberculose dans sa phase contagieuse, la sexualité avec le sida) ; les logiques (différentes pour ne pas dire opposées, ici) des structures qui « gèrent » l'une et l'autre maladie.

2. Quels apports de l'anthropologie et de l'histoire ?

2.a. Renouveau des approches et application critique en anthropologie

Se pencher sur la coinfection TB/VIH dans son interprétation par le système, les professionnels, les associations et les patients stimule la réflexion anthropologique pour deux ensembles de raisons intriquées.

En premier lieu cela renvoie à des questions fondamentales, qui traversent les travaux en sciences sociales sur le sida et la tuberculose, et que nous estimons pouvoir être renouvelées ici. Développés au fil de l'ouvrage nous nous contenterons d'indiquer quelques uns des thèmes qui doivent être pensés lorsque l'on s'intéresse à la coinfection et qui participent de la légitimité de l'anthropologie à investir cet espace de recherche.

Considérons la question de l'observance des traitements. La coinfection suppose – par définition – deux traitements. Considérés séparément ces traitements – antirétroviraux et antituberculeux – ont toujours posé, aux patients et à leurs médecins, des difficultés sur leur juste observance par les patients. Risques

12 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

d'échecs thérapeutiques, dangers de création de souches résistantes obligent à faire en sorte que le traitement de l'une comme de l'autre maladie soit suivi scrupuleusement. En présence de patients coinfectés l'enjeu est à la fois similaire et différent, donc stimulant pour l'anthropologue. Ceci dans un contexte où le patient doit d'abord être traité pour sa tuberculose, puis pour son infection à VIH². Le « puis » est l'objet de débats médicaux complexes (Abdool Karim *et al.*, 2010) autour de l'identification du moment le plus indiqué pour démarrer le traitement ARV : en même temps que le traitement antituberculeux, deux mois après son initiation ou à son terme ? Nous n'allons pas présenter ici les termes du débat mais l'on voit clairement que les réflexions anthropologiques sur les mécanismes d'observance des traitements vont à la fois opérer une relecture de ce qui a déjà été étudié pour le sida ou pour la tuberculose, pris séparément, et devoir intégrer la possibilité de traitements simultanés. En somme, l'expérience d'un traitement (tuberculose) aide-t-elle à en suivre un autre (sida) ? Quelles difficultés pose le suivi de deux traitements dont l'un est fixé dans le temps (en général, six mois pour la tuberculose) et l'autre infini (sida) ?

Second exemple, la question de l'information donnée, reçue, comprise par le patient. Il s'agit là de s'interroger sur les contenus et les modes de délivrance d'un message médical, ainsi que sur son appropriation par le patient, inévitablement complexifiés parce qu'il concerne deux pathologies, portées par un même individu, et objet de techniques de dépistage, de prescriptions « de vie » (en matière de prévention) et de traitements, différents. Autant d'enjeux qui renouvellent les approches anthropologiques de l'information relative au « seul » sida.

Troisième et dernier exemple, la question de l'organisation du système de santé. L'innovation potentielle d'un tel objet réside là dans le fait qu'il ne s'agit plus – ou pas seulement – de comprendre comment se bâtit un programme « vertical » (centré sur une question de santé et traversant l'ensemble de la pyramide sanitaire) mais bien de saisir comment deux programmes verticaux peuvent ou doivent collaborer. La question anthropo-

² Précisons que nous dirons indifféremment patient ou personne « VIH+ », « infectée par le VIH » ou « séropositif(ve) ».

logique étant celle, ici, de la rencontre d'entités aux cultures organisationnelles différentes, aux enjeux – de légitimité, de pouvoir – guère comparables.

Un second ensemble de raisons motivant, pour les anthropologues, le choix de travailler sur la question de la coinfection renvoie à une démarche qui nous est chère d'application critique des sciences sociales (Atlani-Duault, Vidal, 2009). Ainsi, une réflexion de chercheurs en sciences sociales sur la coinfection rencontre immédiatement les préoccupations des responsables de la santé comme des soignants : il n'est point besoin de plaider l'intérêt du sujet, ils le connaissent, l'expérimentent pour certains quotidiennement. Nous nous trouvons donc dans un registre à la fois stimulant et exigeant. D'une part, en effet, nous sentons que nous travaillons sur un sujet qui intéresse au plus haut point le monde de la santé publique (même si ces intérêts sont d'ordres variés...), ce qui ne peut que stimuler la démarche intellectuelle du chercheur. Et d'autre part, nous avons une forme de devoir de résultats applicables, susceptibles donc d'éclairer les décisions, les pratiques des uns et des autres. Exigence donc, rendue d'autant plus délicate à aborder que l'actualité de cette question de la coinfection engendre des évolutions de la situation qu'il s'agit à la fois de suivre, de décrypter et d'analyser en permanence : c'est là le propre de recherches sur des actions et des politiques en train de se bâtir (Vidal, 2010).

2.b. Renouveau thématique et démarche prospective en histoire

Face à la coinfection TB/VIH, l'historien semble en terrain « inconnu » : naturellement, prises de façon distincte les deux pathologies ont été l'objet des regards d'historiens (Setel *et al.*, 1999) dans leurs processus de prise en charge à travers les institutions, les acteurs et les structures ; mais en revanche c'est leur association « morbide » qui fournit le prétexte du renouvellement topique du champ médical en histoire. Aborder la coinfection, situe l'historien au cœur de sa discipline, notamment la dynamique temporelle : d'où un traitement à deux niveaux de cette question à savoir la coinfection comme point d'arrivée et point de départ de la réflexion historique.

14 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

Point d'arrivée dès lors où, de façon rétrospective, avant d'aboutir à la coinfection TB/VIH étudiée dans cet ouvrage, il a fallu analyser les trajectoires historiques ainsi que les différentes stratégies aussi bien médicales, administratives que sociales concernant les prises en charge de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles. D'où une triple observation. La première réside dans les discours: aussi note-t-on pour les maladies vénériennes, plus précisément la syphilis en situation coloniale, un sentiment de terreur nourri par une certaine impuissance des autorités à combattre cette pathologie. À juste titre puisque les antibiotiques n'existaient pas avant les années 1940: mais la constance et la persistance de cette littérature « alarmiste », y compris après cette innovation thérapeutique majeure, ne pouvait en réalité occulter les ambitions de leurs auteurs face aux enjeux médicaux, économiques et sociaux de cette pathologie. En somme, combattre et vaincre toutes les pathologies, y compris non exotiques, traduirait la puissance de la médecine européenne sur la médecine africaine (enjeu médical majeur); garantir la santé des « autochtones » signifierait une main-d'œuvre plus abondante et surtout plus vigoureuse pour l'exploitation économique des colonies (enjeu économique); et lutter contre la propagation des pathologies vénériennes par la surveillance des « prostituées » surtout « clandestines » considérées comme agents principaux de la propagation de ces pathologies permettrait de contrôler cette catégorie sociale particulière (enjeu social)³. La deuxième observation découle des chiffres, facteurs objectifs de validation des discours selon les autorités en charge de ces questions. S'il est connu que la médecine produit elle-même de nombreux documents écrits, les chiffres apparaissent comme sa véritable colonne vertébrale. Ainsi, à la lumière des statistiques produites au sujet des maladies vénériennes, constance et progression semblent être les maîtres mots des discours sur ces maladies, d'où un ensemble d'interpellations auxquelles l'historien ne peut rester insensible: quel est le contexte de production de ces chiffres? Qui en sont les auteurs et destinataires? À quelles fins? Quelles réalités

³ Pour une mise en liaison avec le sida, on se reportera à Idrissou *et al.*, 2010.

traduisent-ils ? On voit bien que les chiffres sont à la base de bon nombre de décisions et il n'est pas inutile de rappeler que les chiffres ont un pouvoir et sont un pouvoir. Aussi, les enjeux actuels des chiffres sur le sida ne peuvent-ils que générer des interrogations sur leur possible manipulation, véritable danger pour l'historien, confronté en permanence aux données quantitatives. La troisième observation soutenue dans les différents textes au sujet des pathologies vénériennes, montre bien le lien établi entre pathologies vénériennes et prostitution. En fait, selon les autorités coloniales, les pathologies vénériennes ne pouvaient être « jugulées » sans une surveillance rigoureuse de la prostitution, d'où la production d'un ensemble de mesures réglementaires et répressives. À l'évidence, la focalisation initiale de la lutte contre le VIH en direction des prostituées pose le problème de la stigmatisation, sujet éminemment important pour l'historien d'autant que les tuberculeux, non plus, n'y échappent pas.

Point de départ disions-nous aussi, car au-delà du passé, l'historien peut s'approprier la réalité présente en la mettant en perspective. Ainsi, la coinfection perçue comme une jonction entre les expériences antérieures de pathologies similaires ainsi mises en exergue et celles, contemporaines, conduit l'historien à sortir des sentiers battus des « archives » pour se frotter à son environnement ambiant et décrypter par là même les mutations en cours. D'autant que l'étude des prises en charge des personnes coinfectées invite à la connaissance d'un milieu géographique, sociologique, culturel ainsi qu'à la compréhension de réalités économiques liées à la prise en charge de la tuberculose et du sida : cette posture permet à l'historien à travers une démarche opérationnelle d'être un acteur « engagé » de son temps.

3. Quelles attentes de l'anthropologie face à l'histoire, et réciproquement ?

3.a. *Les anthropologues vis-à-vis des historiens*

La coinfection, avant d'éventuellement se construire en objet social, en maladie ou en problème de santé publique, c'est, bien entendu, la rencontre de deux pathologies. Si l'on admet cela,

16 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

il est d'un point de vue anthropologique nécessaire de déployer son regard dans deux directions.

La première consiste à appréhender aujourd'hui les deux maladies séparément et conjointement: prendre en charge la coinfection c'est prendre en charge l'une et l'autre maladie, le croisement des deux prises en charge se greffant sur les gestes, les stratégies, les techniques pour prendre en charge l'une et l'autre pathologie.

La seconde direction à «tenir» revient à saisir les deux maladies dans le temps: dès lors que l'on admet qu'à un moment du processus de construction du «problème de santé publique» les personnes s'occupant de ces deux maladies vont échanger, dialoguer, se concerter, alors on est obligé de considérer que le regard anthropologique doit s'appuyer sur une profondeur temporelle (Tantchou Yakam, 2007). C'est à partir de cette idée première que le principe de travailler, pour les anthropologues, avec les historiens s'est imposé. La stimulation première était donc la suivante: il s'agit pour les décideurs comme pour les praticiens de s'occuper de maladies qui ont des anciennetés très différentes et donc des constructions institutionnelles non comparables, la tuberculose renvoyant de fait à la période coloniale, contrairement au sida – à tout le moins directement.

Partant de là, l'anthropologue voyait se rencontrer, dans les tentatives de rapprochement institutionnel des deux programmes de lutte comme dans les activités des professionnels au contact des patients, deux traditions, deux histoires, tant médicales qu'organisationnelles. Donnons deux exemples de cet intérêt ressenti (avant d'être déployé dans les recherches) pour l'anthropologue du regard de l'historien. Tout d'abord, la lutte contre le sida a toujours été considérée comme «multisectorielle» (c'est-à-dire concernant tous les pans de la société, et devant mobiliser tous les départements ministériels, et nombre d'associations) contrairement à la tuberculose, dont la lutte a été structurée autour d'un argumentaire essentiellement médical. Or l'anthropologue s'interroge sur la validité de cette opposition (des nuances ne sont-elles pas à apporter?) et se tourne alors inévitablement vers l'historien. En effet, la tuberculose a été historiquement construite comme une «maladie sociale», relevant donc d'un traitement social de sa propagation et des populations en souffrant: l'an-

thropologue souhaite alors comprendre selon quels mécanismes et avec quels enjeux perdure aujourd'hui cette conception très médicale de la lutte contre la tuberculose. Un second exemple d'attente de l'anthropologue vis-à-vis de l'historien concerne les évolutions des dispositifs de prise en charge comparés du sida et de la tuberculose. Il est ainsi frappant de constater que nous avons d'un côté, avec la tuberculose, une maladie ancienne, grave et dont le traitement ne comprend qu'une gamme limitée et très peu renouvelée de médicaments (quasiment pas de nouvelles antibiotiques depuis une demi-siècle) et, de l'autre, avec le sida, une maladie récente, avec des traitements constamment renouvelés, en particulier depuis la diffusion des cocktails de médicaments antirétroviraux. Naturellement nombre d'hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cet écart – la réflexion sur le sujet n'est pas inexistante ! (Dalgarrondo, 2004 ; Lienhardt, Ogden, 2004) – mais les anthropologues ont d'emblée souhaité avoir l'éclairage des historiens sur cette distorsion, sachant qu'il va s'agir, en théorie, avec la coinfection, de mener des politiques communes de prise en charge.

3.b. Les historiens vis-à-vis des anthropologues

Rendre compte des prises en charge passées des pathologies telles que la tuberculose et les maladies vénériennes en exploitant des données documentaires disponibles, crédibilise l'historien dans son discours et sa méthode, mais laisseraient insatisfaits les lecteurs exigeants dès lors que la « quotidienneté » du vécu des malades risque d'être passée sous silence ainsi que les perceptions dont ils font l'objet dans la société : c'est pourquoi l'historien s'ouvre à une collaboration avec l'anthropologue sur cette question de la coinfection.

Par vécu quotidien, il est question d'apporter un éclairage, non pas seulement du point de vue des soignants et des institutionnels – ce qui est largement exposé dans les chapitres de cet ouvrage – mais aussi de celui du soigné afin de déboucher sur un dialogue entre les institutions, les structures, les personnels et les malades. En suivant le profil thérapeutique et les circuits de la prise en charge du malade coinfecté, le regard anthropologique apporte de la fraîcheur aux faits historiques dans le sens où sont exposées les relations complexes qui se nouent entre

18 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

le soignant et le soigné et surtout du degré de réceptivité de ce dernier qui «subit» fatalement le poids de sa «double peine» mais aussi «décide» de la conduite à tenir pour son traitement, ne serait-ce que par une attitude somme toute de coopération. Cette double posture du malade, rapportée par l'anthropologue, permet à l'historien de camper rétrospectivement les conditions dans lesquelles, dans le passé, les malades tuberculeux et/ou syphilitiques – certes dans des contextes différents – ont pu appréhender leur maladie et envisager leur traitement ou guérison, selon qu'ils avaient des ressources ou pas, selon qu'ils vivaient en zone urbaine ou rurale ou, encore, suivant qu'ils étaient instruits ou pas.

Il reste que le malade coinfecté, même hospitalisé – donc plutôt soustrait à l'influence de son milieu ambiant – vit dans une société. Cette préoccupation, étudiée sous le prisme de l'anthropologie, débouche sur la compréhension des regards, voire des «a priori», des sociétés vis-à-vis des malades tuberculeux et infectés par le VIH. À ce niveau, l'anthropologue pourrait informer l'historien, non pas de l'existence de phénomènes comme la stigmatisation – historiquement démontrée dans les chapitres qui suivent – mais des raisons de leur persistance et des formes nouvelles de leur manifestation. Dans le cas des prostituées à la période coloniale, il serait dès lors utile de voir comment certaines d'entre elles, coinfectées, sont perçues aujourd'hui dans la société, face à ce qu'on peut qualifier de double «stigmatisation». D'où, là aussi, l'intérêt pour l'historien du recours aux anthropologues, pour la mise en exergue des différentes contraintes sociales pouvant entraver ces prises en charge croisées.

4. Modalités concrètes du croisement

4.a. *Dispositif méthodologique général*

Une fois précisés les raisons et apports potentiels de cette appropriation par l'anthropologie et par l'histoire de cet objet de recherche, il convient d'expliquer comment les chercheurs de disciplines différentes, qui plus est répartis sur trois pays (Cameroun, France, Sénégal), ont mené ce travail.

Précisons tout d'abord que, si un seul chercheur, une historienne, résidait en France mais travaillait au Sénégal, les équipes sénégalaise et camerounaise comprenaient naturellement des anthropologues et des historiens. Dispositif qui a évolué, notamment au Cameroun, où la composante historique a dû être repensée suite à des difficultés d'appropriation du projet par l'historien initialement prévu pour mener les études dans ce pays, et afin d'étoffer l'équipe compte tenu de l'ampleur du travail à mener.

Sur le plan formel, durant ces trois années (2007-2010), la recherche à l'origine de cet ouvrage a connu trois réunions de l'ensemble de l'équipe (au total une douzaine de chercheurs, enseignants chercheurs, doctorants et postdoctorants) : la première à Marseille, la seconde à Yaoundé et la troisième à Dakar. Le principe de ces réunions était de s'assurer d'une compréhension commune des objectifs de la recherche, de confronter les méthodes de collecte de données – à la fois communes mais aussi fonction des caractéristiques des deux pays, nous y reviendrons –, et de faire le point sur l'avancement des travaux en croisant les regards des chercheurs de chaque pays. Sachant en effet que, par ailleurs, tant à Yaoundé qu'à Dakar, les équipes se réunissaient régulièrement, sur une base mensuelle, pour discuter des progrès et des difficultés du travail, comme du fonctionnement administratif du projet dans le pays. À ces indispensables rencontres qui permettaient la mise en commun et la discussion de principes de travail, entre disciplines et/ou entre pays, se sont greffées, en fonction des besoins des chercheurs, des discussions entre anthropologues de tel pays ou entre historiens de tel autre. Si le projet est certes pluridisciplinaire, les anthropologues et les historiens doivent aussi se rencontrer «entre eux».

Nous avons donc eu un enchevêtrement de trois niveaux de discussion : au sein de l'ensemble du collectif, au sein de chaque pays, et entre chercheurs d'une même discipline dans le pays. Échanges précédés et suivis, comme cela est devenu une nécessité dans toute recherche collective, et en particulier multisituée, par de multiples discussions, échanges de textes par voie électronique.

Sans entrer dans le détail des questions discutées – dont certaines ont été évoquées précédemment et seront largement

20 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

exposées dans les chapitres à venir – nous voudrions revenir sur deux questionnements qui, directement ou indirectement, illustrent notre méthode de travail.

Tout d'abord la question de la stigmatisation des personnes souffrant de tuberculose: question traversant les réflexions de toutes les études sur la tuberculose et que ces rencontres ont permis de développer sur un point particulier, à savoir les dispositifs sanitaires spatiaux susceptibles de générer un sentiment de stigmatisation. Sans entrer encore une fois dans le détail et la signification de ces dispositifs, nous voulons simplement dire ici que c'est bien lors de ces réunions que les historiens ont exposé comment ont évolué dans le temps, durant la période coloniale, l'architecture comme l'inscription dans l'espace hospitalier des pavillons hospitalisant les tuberculeux. D'où l'idée de penser une cartographie passée et actuelle de ces lieux à laquelle contribueraient donc les historiens mais aussi les anthropologues.

En second lieu, sur une question relevant plus précisément des modalités concrètes de collecte de données, l'échange entre disciplines lors de ces réunions a permis de clarifier les démarches des uns et des autres. Nous savons en effet qu'anthropologues comme historiens travaillent à partir de documents écrits, comme de discours. Et si les historiens, bien plus que les anthropologues, étudient les documents archives, ils ont aussi besoin de discuter avec des personnes susceptibles d'éclairer par leurs explications – notamment en tant qu'acteurs ou témoins du passé – des situations anciennes et leurs transformations jusqu'à nos jours. Une fois acquis ce principe, a été discuté le choix des personnes à rencontrer, occasionnant des débats sur les frontières des disciplines. Ainsi, autant l'infirmier major d'une structure, en poste depuis de longues années au même endroit, ou l'ancien responsable local ou national de la lutte contre le sida ou la tuberculose sont des interlocuteurs de choix pour l'historien – tout en pouvant l'être aussi pour l'anthropologue, car porteurs de discours sur le passé et le présent de leur profession, de leur action –, autant le médecin ou l'infirmier peu au fait de l'histoire tant de la structure dans laquelle ils travaillent, de la profession à laquelle ils appartiennent que de la lutte contre la maladie qui intéresse le chercheur, sont peu pertinents

à rencontrer pour éclairer la réflexion historique. Ceci « ne va pas de soi » et doit être discuté pour que les anthropologues n'aient pas le sentiment que les historiens interrogent des personnes peu susceptibles de répondre aux questions qu'ils se posent et qu'eux-mêmes, anthropologues, doivent plutôt rencontrer.

Nous avons souhaité compléter le croisement des regards anthropologiques et historiques par une vision d'ensemble de ce qu'est « être coinfecté par la tuberculose et le VIH ». Nous avons donc, au Cameroun uniquement, mené une étude quantitative, auprès de plus d'un millier de malades de la tuberculose (donc susceptibles aussi d'être porteurs du VIH) pour évaluer leur accès au dépistage et aux soins, leurs conditions de vie. Contrepointh aux approches anthropologiques et historiques, ce travail se nourrit aussi de celles-ci : à la fois il permet de dégager des tendances générales en matière d'états de santé, de comportements des malades et de démarches pour organiser leurs traitements, et il trouve dans les démarches « qualitatives », sur des points précis, des éléments d'explication aux constats globaux qu'il effectue. Par ailleurs, cette enquête de type socio-économique fut aussi un laboratoire de la collaboration entre disciplines puisqu'économiste, médecin de santé publique, anthropologues et historiens ont contribué à sa réalisation (en apportant leur touches au questionnaire, en suggérant des angles d'analyses des données brutes...).

4.b. Croisements dans la structuration de l'ouvrage

Le caractère collectif et comparatif de l'approche de la coinfection TB/VIH devait naturellement se traduire dans la structuration de notre propos au sein de cet ouvrage. Nous avons donc conçu douze chapitres, répartis en trois parties, qui ont quasiment tous le souci de comparer ce qui se pense, se décide et se fait dans les deux pays, en mêlant le regard de l'historien à celui de l'anthropologue.

Une première partie s'intéresse aux politiques passées et actuelles pour faire face aux deux maladies, puis à la coinfection. S'agissant du sida, le regard des historiens s'est porté sur les maladies vénériennes durant la période coloniale, la tuberculose étant elle présente dans les « colonies » dès le début du XX^e siècle. Ils présentent alors les dispositifs institutionnels mis en place

22 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

par les colons, pour chacun des deux ensembles de maladies (maladies vénériennes d'un côté, tuberculose de l'autre), en soulignant les politiques réglementaires et souvent répressives de la prostitution considérée comme facteur important de propagation des MST. Les anthropologues poursuivent cette description des politiques en montrant que les luttes organisées contre la tuberculose et le sida ont fait appel à des logiques différentes qui expliquent en partie la situation actuelle: la difficulté de créer des passerelles entre les deux entités (programmes de lutte contre la tuberculose d'un côté, contre le sida, de l'autre), quand bien même les initiatives en ce domaine du Sénégal et du Cameroun sont différentes.

La deuxième partie se penche sur les professionnels de santé mobilisés pour prendre en charge la tuberculose, les MST puis le VIH et enfin la coinfection TB/VIH. Les activités de ces professionnels sont situées au cœur de dispositifs «géographiques»: l'hôpital, le dispensaire, les salles d'hospitalisation, dont le décryptage historique nous renseigne sur le traitement réservé aux tuberculeux et aux personnes souffrant de maladies vénériennes. Puis, la réflexion s'attarde sur les pratiques actuelles des différents professionnels impliqués dans la prise en charge de la coinfection, sur la base d'enquêtes longues dans des structures de santé des deux pays⁴. Comment les deux maladies sont-elles dépistées? Comment sont prises les décisions de mise sous traitement? Quelle information est donnée aux patients? Comment est-il suivi, qu'il soit sous traitement antituberculeux ou, aussi, sous traitement antirétroviral pour le VIH? Qu'est-ce que la prise en charge de la coinfection modifie des savoir-faire des soignants, et de leur «identité»? Ce sont là quelques-unes des questions traitées par les anthropologues, sans oublier une analyse des formations reçues par ces professionnels susceptibles de les aider dans ce travail de prise en charge.

⁴ Nous avons opté pour une anonymisation des personnes rencontrées: pour ce faire, si nous avons souhaité conserver le nom des structures où les enquêtes ont eu lieu, comme élément de contexte important, nous avons en revanche gommé, non seulement bien entendu le nom mais aussi le statut, la fonction des personnes dont, par exemple nous citons les propos. Nous parlerons alors de «professionnel» et non de «médecin» ou d'«assistante sociale» dès lors que cette précision risquerait de lever l'anonymat des personnes.

Après une attention aux institutions (première partie) aux professionnels et aux structures de santé (deuxième partie), la troisième partie pose son regard sur les personnes qui souffrent de ces maladies. Là aussi les approches historiques et anthropologiques se croisent et s'enrichissent pour nous expliquer comment, depuis la période coloniale, la question de la prostitution a été « traitée » (en tant qu'associée à la diffusion des maladies vénériennes, puis du sida), puis, actuellement, comment les patients vivent le fait d'être coinfectés par la tuberculose et le sida. L'accès au dépistage et aux traitements est décrit par le biais d'enquêtes qualitatives, anthropologiques, mais aussi grâce à l'enquête de type quantitatif, socio-économique, évoquée précédemment : étude inédite dans le champ de la tuberculose et du VIH puisque plus de 1200 patients tuberculeux et/ou séropositifs ont été interrogés sur leurs accès aux soins, leurs conditions de vie. Cette partie se clôt en se penchant sur la vie et les activités d'associations de lutte contre le sida qui tentent de s'intéresser aussi à la question de la tuberculose : finalement, il s'agit de voir comment la société civile interprète le paradigme des institutions internationales et de la santé publique prônant l'« intégration » des luttes contre ces deux maladies.

Cet ouvrage, nous l'avons dit, s'inscrit dans une actualité médicale forte : c'est une des raisons qui explique que l'idée du projet à son origine « parlait » aux acteurs de la santé du Sénégal et du Cameroun auxquels nous l'avons présentée. Cependant, tout en se rapportant à cette actualité, tout en assumant cette liaison, notre propos souhaite pouvoir alimenter la réflexion tant en sciences sociales qu'en santé publique au-delà des questions aujourd'hui posées par la coinfection. Autrement dit, se pencher sur la vie des institutions et des individus confrontés conjointement à la tuberculose et au sida doit aussi être porteur d'une série d'autres enseignements : sur la façon dont un système de santé se construit et réagit à l'arrivée et à la diffusion d'une maladie ; sur la permanence dans le temps de mécanismes de contrôle et de « prise en charge » de populations malades ; ou encore sur les rapports que les soignants entretiennent avec les malades. C'est là l'ambition de cet ouvrage qui rejoint – estimons-nous – celle de l'anthropologie voire de l'histoire de la santé : s'adresser

24 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

simultanément au monde et acteurs de la santé publique, et à la communauté scientifique des sciences sociales.

Carte 1. Le Cameroun: villes et régions



Source : commons.wikimedia.org

Carte 2. Le Sénégal: Villes et régions



Source: commons.wikimedia.org

Première partie:

**LES CONSTRUCTIONS DE LA «LUTTE»
CONTRE LA COINFECTION TB/VIH**



Chapitre 1

Les prises en charge des pathologies vénériennes par le pouvoir colonial au Sénégal et au Cameroun, 1850-1960

Éclairages et enseignements pour le sida



Mor NDAO et Alioum IDRISOU

1. Introduction

S'il est admis que le Sénégal et le Cameroun¹ – partie française – représentent deux entités faisant partie intégrante de l'empire colonial français au sortir de la Grande Guerre, il n'en demeure pas moins vrai qu'elles s'inscrivent, dans le domaine sanitaire, notamment au niveau de la prise en charge des pathologies vénériennes, dans des trajectoires et histoires assez différenciées.

Au Sénégal, la prise en charge des MST remonte à la deuxième moitié du XIX^e siècle. Elle s'est traduite d'une part par la mise en place d'infrastructures, d'institutions, et d'une

¹ Dominé par les Allemands (1884-1914), le Cameroun est conquis par les forces françaises, britanniques et belges à l'issue de la Première Guerre mondiale. Pendant la période des hostilités, le territoire est administré par un condominium franco-britannique, qui prit fin par un accord conclu à Londres le 4 mars 1916, partageant l'administration du territoire conquis entre la France et la Grande Bretagne. Cet accord a été confirmé par une convention signée à Londres le 10 juillet 1919 au lendemain de la décision du 7 mai 1919 du Conseil suprême désignant ces deux puissances pour administrer l'ancienne colonie allemande en qualité de mandataires de la Société des Nations (SDN). La convention du 10 juillet 1919, approuvée par le conseil de la SDN le 22 juillet 1922, forme l'acte constitutif du mandat, qui consacre la division du Cameroun en deux. La même configuration est reconduite après la Deuxième Guerre mondiale par l'ONU. Seulement, si sur le plan purement formel, le Cameroun français a été administré de façon distincte des autres colonies françaises notamment de l'Afrique équatoriale française (AEF), le Cameroun britannique fut administré comme faisant partie de la colonie anglaise du Nigeria.

30 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

législation ainsi que par des mutations dans les professions de santé («infirmières visiteuses», assistantes sociales, médecine sociale). D'autre part, elle se caractérise par des dispositifs mis en place pour assurer le contrôle social, notamment des malades, et singulièrement les prostituées. La façon dont le pouvoir colonial perçoit la question des MST considérées comme «fléau social», stigmatisées, retentit sur la gestion actuelle du sida. La représentation du péril vénérien, autrement dit le discours élaboré sur le «fléau vénérien» ainsi que l'idéologie qui le sous tend, et ses prises en charge, révèlent donc de grandes similitudes avec la gestion du sida (stigmatisation, groupes à risque, surveillance «sentinelle», prostitution).

S'agissant du Cameroun, notons d'emblée qu'aussi bien sous les Allemands, les Français que les Britanniques, les malades vénériens étaient également pris en charge dans les structures médicales. De plus, une surveillance policière, amorcée par les Allemands au début du XX^e siècle, était exercée sur les prostituées, afin d'endiguer la fréquence des pathologies vénériennes, avec des résultats très décevants.

Ce chapitre a été réalisé à partir de sources archivistiques, de publications, de travaux académiques et de littérature grise. En fait, les fonds d'archives du Sénégal Colonial (1817-1960), de l'AOF (1895-1958) et du Cameroun colonial, ainsi que ceux de l'IMTSSA au Pharo à Marseille et du Centre des Archives d'Outre Mer d'Aix-en-Provence concentrent l'essentiel des matériaux historiques sur la santé. Cette abondante et riche documentation livre de précieuses informations permettant de produire une contribution à la connaissance d'un domaine d'étude modestement abordé par l'historiographie médicale dans les deux pays. Ceci étant précisé, une critique des sources s'impose tant les statistiques, élaborées et formées par les services de santé, doivent être manipulées avec beaucoup de précautions. En effet, la littérature administrative coloniale, outre sa discontinuité liée aux écarts et ruptures dans les données, pose le problème de la véracité des informations et des statistiques dont la rigueur et la fiabilité sont fonction de leurs auteurs. En fait, le personnel médical (médecins, sages-femmes, infirmières, matrones) chargé de l'exécution des enquêtes et de la collecte des données n'était pas préparé à cette tâche.

La présente étude analyse d'abord l'ancienneté de la prise en charge des MST au Sénégal et au Cameroun avant d'explorer, outre la distribution géographique des pathologies vénériennes, les mécanismes de prise en charge des pathologies vénériennes (infrastructures, institutions, innovations thérapeutiques, représentation du péril vénérien, lutte contre la prostitution, professionnels) de 1850 à 1960. Cela nous permettra de mieux appréhender les mutations intervenues dans la prise en charge des MST et, ce faisant, d'évaluer les politiques de prise en charge des MST au Sénégal et au Cameroun à l'époque coloniale avant de mettre en parallèle le sida et les maladies apparues dans le passé, notamment la syphilis.

2. Les MST dans le tableau nosologique colonial : ancienneté et distribution

2.a. *Rythmes et temporalités de la prise en charge des maladies vénériennes au Sénégal et au Cameroun sous la colonisation*

À partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, les conséquences dévastatrices de la syphilis notamment dans les villes coloniales et au sein des troupes constituent une préoccupation des autorités coloniales. En effet, les journées d'hospitalisation et d'indisponibilité observées chez les militaires (ANS, AOF H 9, 1897) et les célibataires européens ont un impact réel sur le rendement des troupes non seulement dans les opérations de conquête, mais aussi de pacification. À la fin du XIX^e siècle, les pathologies vénériennes figurent en bonne place dans le tableau nosologique, notamment dans les villes coloniales (à l'image de Saint-Louis) s'agissant de la syphilis, des maladies génito-urinaires et de la blennorragie (Docteur Carpot, 1889-1899). Pendant la décennie 1888-98, les MST occupent la première place parmi les maladies relevées à Saint-Louis, ville cosmopolite et disposant de plusieurs garnisons (Docteur Carpot, 1889-1899). Il en est de même au Cameroun français, où cette tendance se confirme en 1922 avec, comme indicateur, la syphilis occupant la première place dans la morbidité de la population. Les localités d'Ebolowa, Yaoundé et Douala ayant enregistré respectivement 2663 malades (32 %),

32 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

2044 malades (10%) et 1774 malades (6%), soit un total de 6481 malades représentant 11,8% de consultants.

Pour les autorités médicales, la prostitution clandestine serait à l'origine des nombreux cas de syphilis. À Saint-Louis du Sénégal, un arrêté du 29 mars 1849 mettait en place un dispensaire de salubrité publique destiné à contenir la prostitution clandestine en plein essor dans la vieille cité coloniale. Il soumettait les filles publiques à des visites médicales obligatoires au niveau du médecin de l'hospice, à une inscription sur un registre spécial et à la détention d'un livret sanitaire délivré par les autorités compétentes. Le chef du Service de l'Intérieur, dans une correspondance adressée au médecin de l'hospice de la ville en date du 28 septembre 1882 constate, avec amertume, «la présence de la quantité considérable de maladies vénériennes qui infectent» la capitale de la colonie (ANS, Sénégal Colonial, H42, 1874-1882, 1882). La prise de mesures énergiques par les autorités (administratives, sanitaires, municipales et policières) s'imposait, compte tenu de la gravité des problèmes générés par les MST dans les villes coloniales, notamment à Saint-Louis. Le chef du Service de l'Intérieur ne dit pas autre chose lorsque, le 28 septembre 1882, il s'adresse au Dr Dubouch en ces termes:

J'ai l'honneur d'informer Mr. Le Médecin civil qu'en présence de la quantité considérable de maladies vénériennes qui infectent Saint-Louis, j'ai fait prendre des mesures pour la mise en carte et l'envoi régulier à la visite de l'hospice des filles de mauvaise vie. M. Dubouch devra examiner ces filles avec le plus grand soin et garder à l'hospice jusqu'à guérison complète celles qui présentent des tâches suspectes (ANS, Sénégal Colonial H42 (1874-1882, 1882)).

À l'orée du XX^e siècle, Dr Merveilleux signale les ravages des maladies vénériennes avec une nette progression – entre 1905 (4897) et 1909 (9533) – des journées d'hospitalisation qui ont plus que doublé. La tendance semble beaucoup plus accentuée au niveau des Européens où les cas ont triplé avec respectivement 1766 cas en 1903 et 5255 en 1909. Ce qui pourrait expliquer la mobilisation des autorités sanitaires autour des pathologies vénériennes.

Bien avant la domination française au Cameroun, les autorités coloniales allemandes renseignaient déjà sur l'existence du «péril vénérien» (Martin, 1921, p. 300) et révélaient d'une part, la généralisation «raciale» des pathologies vénériennes n'épargnant ni les autochtones ni les Européens à travers des cas de décès par «infection gonorrhéique généralisée chez les noirs»: pour le seul poste de Kribi «8 Européens contractèrent la syphilis». D'autre part, le même document signale les difficultés qu'éprouvent les médecins à mener «une lutte efficace» (Martin, 1921, p. 301). Au Cameroun français et dans l'élément militaire indigène, les maladies vénériennes sont en première ligne des causes d'indisponibilité et d'hospitalisations. Des statistiques sérieuses produites par le médecin aide-major Raugé, et en totalisant tous les malades traités à Garoua et à Maroua, indiquèrent le chiffre important de 350 de maladies vénériennes pour 1000, dépassant de plus de la moitié celui des infections intestinales et du paludisme (Martin, 1921, p. 107). Parmi les Européens, les affections blennorragiques et syphilitiques semblent avoir augmenté notamment dans les troupes comme en témoignent les mouvements des entrées à l'hôpital de Douala où, sur 375 entrées en 1915-1916, on ne compte que 5 syphilitiques, alors qu'en 1916-1917, on en compte 14 sur 186 entrées, et 16 sur 129 en 1917-1918 (Martin, 1921, p. 108). À l'image du Sénégal, les prostituées clandestines sont suspectées comme étant les agents les plus redoutables et les plus actifs de la propagation des MST, comme le sous-entend l'arrêté du 7 septembre 1923, réglementant la surveillance de la prostitution (ANY, JOTC, 1923, p. 297 et RASDN, 1923, p. 195).

2.b. Distributions

2.b.1. Distribution géographique

Appelée maladie des chauffeurs, des ports et des villes, la syphilis vénérienne suit les axes routiers, ferroviaires et portuaires. Tout en étant plus accusés dans les villes, les ravages des infections génitales, vénériennes sont incontestables dans les campagnes. En 1956, 31762 gonococcies et 2549 chancres mous furent dépistés dans les campagnes sénégalaises (Sankalé, Pène, 1960). Dès 1921, au Cameroun français, il est fait état

34 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

de la fréquence de la syphilis qu'on «rencontre dans tout le territoire sans qu'il soit possible d'indiquer quelle zone est plus particulièrement contaminée» (RASDN, 1921, p. 33). Deux ans plus tard, le médecin de la Circonscription de Dschang écrivait qu'«extrêmement répandue dans la circonscription, la syphilis est un fléau qui sévit et qui s'étend» (RASDN, 1923, p. 58). Au niveau du centre médical de Yaoundé, étaient recensés 862 cas de syphilis et 2809 malades atteints des autres maladies vénériennes dont le chancre mou et la blennorrhagie (RASDN, 1923, pp. 59-60). S'il reste vrai que la syphilis est une affection qui augmente de fréquence à mesure qu'on se rapproche des grands centres, il faut signaler que, dès 1935, la syphilis occupe le 2^e rang dans la morbidité générale avec des index de morbidité élevés dans les milieux ruraux (RASDN, 1936, p. 135).

D'une manière générale, on distingue la syphilis endémique ou bétel (syphilis arabe de Hudson) et la syphilis vénérienne. Alors que la première sévit dans les régions sahariennes et présahariennes, la syphilis vénérienne, par contre, favorisée par l'urbanisation et l'essor des échanges et des communications, est plus répandue en AOF. La Mauritanie, avec 18% de la morbidité générale, émerge du lot et devance largement le Sénégal (7%) et la Côte d'Ivoire (7%) (*ibid.*, p. 905). La Circonscription de Dakar et Dépendances (9290 syphilitiques représentant 3%) et le Dahomey (12612 et 2% du total) (*ibid.*, p. 908) enregistrent les chiffres les plus bas. Contrairement à Dakar, la syphilis semble être en recul dans la colonie du Sénégal. Ainsi, en 1939, 53559 cas furent enregistrés (7,7% de la morbidité générale et 22 décès soit une létalité de 4%) dont 549 hospitalisés contre 61926 en 1938 (*ibid.* p. 908). Au Cameroun, le tableau 1 suivant nous donne une idée de la place qu'occupe ce territoire dans l'ensemble des colonies françaises en rapport avec les pathologies vénériennes dans les années 1940.

Dans les années 1960, la tendance en Afrique Centrale ne change pas, avec le Cameroun qui émerge du lot s'agissant des pathologies vénériennes (Rapport final des activités de l'OCCGEAC, 1964, pp. 12-13). Au Sénégal, la distribution de la maladie mentionne les cercles du Fleuve peuplés de Maures et de Peulh, le Haute Casamance, le cercle de Tivaouane; dans la zone sylvo-pastorale, elle sévit à l'état endémique avec 40% de

sérologie positive en 1956-1957 et environ 20% en 1959-1960. La forte endémicité de l'hérédosyphilis en zone sahélienne serait en partie, pour les autorités sanitaires, liée à la grande contamination par objets souillés dès l'enfance. En moyenne Casamance (zone de Sédhiou) les importants foyers de stérilité féminine restent corrélés à une forte endémicité de l'infection syphilitique: 576 cas furent détectés en novembre 1959 par le SHMP, représentant un taux de 17%. La Vallée du Fleuve, elle aussi, était menacée du fait d'une forte prévalence de l'infection, le quart de la population étant affecté en 1955 et, deux ans plus tard, l'enquête de la MISOES relevait des taux de 40% d'enfants atteints ou suspects d'hérédosyphilis. Les enquêtes MISOES de 1956-1957 et CINAM-ORANA de 1959-1960 mirent en évidence la forte prévalence de l'infection au niveau des Peulhs.

Tableau 1 : Statistiques de l'ensemble des affections vénériennes en Afrique noire française par volume de 1942 à 1943

Territoires	Maladies vénériennes	% de l'ensemble des maladies
Afrique occidentale	394 499	6.19
Madagascar	300 081	10.61
Cameroun	104 495	9.69
Afrique équatoriale	94 483	6.66
Côte des Somalis	1 800	5.04

Source: IMTSSA, Carton 307, Situation générale en AOF, AEF, Togo, Cameroun et Madagascar... 1944-1953. Rappelons par ailleurs que ces cas ne concernent que ceux dépistés/déclarés aux médecins dans les dispensaires et les hôpitaux.

L'importance et le développement des transactions commerciales apparaissent dans les années 1920 au Cameroun, comme une des raisons de l'expansion des maladies vénériennes, étant donné que « les Nomades, les Haoussas, ceux venant du Nord en particulier, propagèrent la blennorragie et la syphilis dans tout le pays » (Martin, 1921, p. 301). Dans le même ordre d'idées, le Dr Raugé signale que le Nord Cameroun, pour des raisons d'ordre historique et social liées aux guerres internes et surtout

36 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

aux « caravanes de marchands », est un des foyers sinon le foyer principal de diffusion des pathologies vénériennes au Cameroun. Une autre raison avancée est le passage, du Nord au Sud, des nouvelles recrues du Tchad (Martin, 1921, p. 301)²⁵. Ainsi, en 1935, s'agissant de la syphilis, les « Foulbés, qui occupent la plus grande partie du Cameroun Nord, sont en réalité plus contaminés que les races du Sud » (RASDN, 1935, p. 358). Une « assez forte importation du virus étranger » est rapportée dans l'Est Cameroun notamment chez les Bikélés d'Abong Mbang et les Bajoués de Lomié. En revanche, l'influence des grandes voies de communication sur la diffusion de la syphilis étant mise en évidence par les taux élevés qu'on y rencontre, le contraste est observé au niveau des tribus restées jusque là isolées et à peu près indemnes telles que les Bayas de Bétaré-Oya, les Kirdis des montagnes de Mokolo, les Nyokon de Ndikinimeki avec moins de 0,5% du taux de prévalence de la syphilis (RASDN, 1935, p. 359).

La perception d'une forte endémicité de la syphilis dans les « pays islamisés », est confortée par le fait, qu'au Nord Cameroun, Delas signale dans les années 1960, 3 000 syphilitiques sur 35 000 habitants dans la ville de Maroua, non sans conclure que dans cette localité « avoir eu la syphilis est considéré comme absolument normal » (OCCGEAC, 1964, pp. 12-13). Pour les autorités sanitaires, la prostitution clandestine, l'insouciance, l'ignorance et l'apathie des indigènes réfractaires aux traitements ainsi que l'absence de suivi constituent les facteurs de la diffusion de la syphilis dans la colonie.

Au début des années 1940, les autochtones représentent 99,5% des atteintes relevées, le reste concernant les Européens. Les tendances, qui ressortent de ce tableau 2, furent battues en brèche par l'idéologie coloniale développant un discours sur les tréponématoses tropicales, tourné vers une « racialisation » des problèmes médicaux.

2.b.2. Distribution selon la « race » : la « racialisation » de problèmes médicaux

Tableau 2 : Distribution de la syphilis selon la « race »

	Indigènes	Euro-péens	Total
Morbidité Générale	3 843433	25689	3 869122
Syphilis	207725	431	208156
%	5,44	1,67	5,37
Total décès hospitaliers	5230	172	5402
Décès syphilis	154	1	155
	2,94	0,58	2,87
Syphilitiques hospitalisés	3599	32	3631
Syphilitiques décédés	154	1	155
	4,28	3,12	4,27

Source : Médecine tropicale 1941, n° 6, Statistiques, Maladies Sociales, p. 909.

En 1927 au Cameroun, les cas de gonococcies/chancres et la syphilis représentent entre 1,5 et 8 % des motifs d'hospitalisation des Européens (RASDN, 1927). Tout comme en 1930, où le Laboratoire du bureau d'Hygiène de Douala confirma des examens suivants : 144 examens dont 52 positifs (gonocoques) et 36 examens dont 6 positifs (tréponème pâle) pour les Européens, et pour les indigènes, 86 examens pour 26 positifs (gonocoques) et 8 examens pour 2 positifs (tréponème pâle) (RASDN, 1930). En effet, le discours sur les tréponématoses tropicales et exotiques (auxquelles appartient la syphilis), entretenu pendant longtemps par l'imaginaire colonial, se fondait plus sur des impressions, stigmatisations, préjugés et confusions (entre la syphilis endémique ou pian et la syphilis tertiaire) que sur des études scientifiques. Nonobstant le genre de vie qui est à la base de la propagation des tréponématoses, la notion de syphilis exotique, divulguée par l'idéologie coloniale, nourrie d'une forte dose d'eugénisme, mettait en avant la race et, ce faisant considérait les Noirs comme les seuls réservoirs de tréponématoses (Masseguin, Ridet, 1954), ce que démentent les chiffres précédents. Aussi, considère-t-on tous les Noirs et les nomades comme syphilitiques et l'affection comme facteur

38 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

principal de malformations congénitales, d'avortement et de stérilité. Cet imaginaire, largement entretenu par le personnel de santé colonial, rappelle la stigmatisation du continent africain, et singulièrement du Noir au début de la survenue de l'infection VIH/Sida dans un contexte de tensions raciales. À l'époque, le continent africain n'était évoqué, pour l'essentiel, que pour les questions relatives à l'origine du sida (Denis, 2006). Pourtant, l'incidence de la syphilis exotique sur les avortements et la stérilité fut largement démentie dès les années 1950 par les premières enquêtes entreprises par le SGHMP. Dans les faits, sur les 163 femmes consultées pour stérilité en 1951 par le SGHMP, seules 14% avaient une sérologie positive aux réactions de Kolmer, Kahn et Kline (Massequin, Ridet, 1954). Déjà, dans les années 1940, une étude menée dans ce sens par Aujoulat et Olivier chez les «Yaoundé» au Cameroun, conclut à une exagération de la place de la syphilis dans la stérilité (Aujoulat, Olivier, 1946, p. 179).

À Dakar, une étude menée à l'hôpital principal de Dakar en 1958 et portant sur 300 femmes et leurs nouveau-nés infirme le discours sur la syphilis tropicale et exotique des Noirs. Sur les 300 femmes examinées le jour de leur accouchement, seules 35 (11,7%) présentaient une sérologie positive, 265 étant séronégatives (soit 88,3%)(Baylet, 1952). Le même effectif a donné naissance à 307 enfants dont 32 (10,4%) séropositifs au moment de la naissance contre 275 séronégatifs (*ibid.*, 1952). Ajoutons qu'il s'agissait de syphilis sans manifestation clinique alors que l'évolution des sérologies chez les enfants met en évidence une absence de syphilis congénitale pour tous les cas examinés. Dans les années 1970, des études sérieuses menées au Cameroun montrent que les lésions cliniques de la syphilis secondaire sont identiques aux descriptions classiques, «la syphilis est à peu près la même partout» dicit Montel (Montel cité par Koueke et Mvele, 1979, p. 652). De même, une étude réalisée par l'unité de Pédiatrie de l'Hôpital Central de Yaoundé dans les services de néonatalogie et prématurés et de pédiatrie générale pendant 13 mois (décembre 1984 - décembre 1985) sur une population de 2129 enfants âgés de 0 à 2 ans au Cameroun, conclut à seulement 117 enfants, soit 5,49%, séropositifs pour la syphilis. Bien plus, le diagnostic de la syphilis congénitale a

été posé chez 22 enfants et seulement 18,8% furent séropositifs (Tchokoteu *et al.*, 1989, pp. 79-84).

2.b.3. Distribution selon l'âge

La mortalité hospitalière pour syphilis en AOF en 1939 semble beaucoup plus importante chez les hommes qu'au niveau des femmes, même si les statistiques devraient être relativisées compte tenu du fait que les hospitalisations concernent la plupart du temps les militaires et les fonctionnaires salariés, catégories où prédominent les hommes. Cette tendance est vérifiée au Cameroun britannique en 1928 avec respectivement, pour les pathologies vénériennes, 1736 hommes et 724 femmes malades, tandis qu'en 1927, au Cameroun français, le Centre Obstétrical de Yaoundé a traité 426 femmes pour syphilis et 1524 pour gonococcies (RASDN, 1927).

Tableau 4: Maladies sociales dépistées et traitées dans les services de puériculture en AOF entre 1940 et 1945

Années	Syphilis	Blennor- ragie	Lèpre	Tubercu- lose	Total
1940	20 545	5 077	89	37	25 748
1941	23 466	5 102	50	21	28 629
1942	23 444	5 883	75	5	29 407
1943	19 770	10 872	32	11	30 645
1944	95 742	22 795	112	33	119 682
1945	92 809	20 334	179	10	113 532

Source: IMTSSA Dossier 301 PMI Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises

Toujours est-il qu'une prédominance de la syphilis parmi les maladies sociales dépistées et traitées dans les services de puériculture en AOF entre 1940 et 1945 est constatée. Durant cette période, les cas de syphilis passent de 20 545 à 92 809. Une telle situation semble plus traduire une amélioration des techniques et méthodes de dépistage qu'une progression réelle

Tableau 5: Distribution des maladies vénériennes par âge au Cameroun français en 1947

Maladies vénériennes	Africains						Européens		
	Consultants		Hospitalisés		Décès dans les formations sani- taires		Consul- tants	Hospit.	Décès
	Enfants de 0 à 5 ans	Enfants 5 ans et adultes	Enfants de 0 à 5 ans	Enfants 5 ans et adultes	Enfants de 0 à 5 ans	Enfants 5 ans et adultes			
Syphilis	843	50619	59	2276	09	51	77	07	01
Blennorragie	31	46772	01	1286	—	—	131	23	—
Lymphogramulose	01	221	—	48	—	01	11	02	—
Chancre mou	—	1414	—	86	—	—	19	01	—

Source: RADSN 1947, p. 187.

de la maladie. En 1944, la syphilis représente 80% des maladies dépistées et traitées en AOF (IMTSSA Dossier 301).

S'agissant du Cameroun français, en 1947, le tableau nosologique précédent nous donne un aperçu de la distribution des maladies vénériennes.

3. Les politiques face aux pathologies vénériennes

3.a. *Les infrastructures*

3.a.1. Le service fixe

Constituées par les dispensaires, le service antivénérien des hôpitaux, l'Institut d'Hygiène Sociale, le dispositif médical portuaire et le Service d'Hygiène et le dispositif du service médical portuaire, les infrastructures du service médical fixe ont joué un rôle déterminant dans la lutte antivénérienne.

Le premier maillon du dispositif, constitué par les dispensaires et les maternités de l'AMI participant au dépistage et au traitement des maladies vénériennes, est épaulé au second niveau par le service antivénérien des hôpitaux. À Dakar, l'Hôpital Central Indigène ouvert en 1913 est doté depuis 1932 d'un service spécial de dermato-vénérologie, d'une capacité d'une trentaine de lits et prenant en charge les syphilitiques les plus contagieux et dont la plupart sont orientés par la Polyclinique Roume. À l'orée des années 1940, le service dispose d'un nouveau pavillon destiné au traitement de prostituées provenant pour l'essentiel des « ambulances » (dispensaires) de Gorée et du Cap Manuel. L'hôpital de Saint-Louis, pour sa part, disposait du service antivénérien spécialisé de la colonie.

Quant à la Polyclinique de l'Hôpital Central Indigène dont la création en décembre 1918 fut dictée, selon les autorités sanitaires, par la nécessité de faire face à « l'éloignement de l'hôpital des principaux groupements indigènes » (ANS, 2G 29/20, 1929) elle fut ouverte au public à partir de juin 1921, avant d'être inaugurée le 21 février 1933. Dotée de plusieurs services (médecine générale, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, antituberculeux, antivénérien, laboratoire de bactériologie, radiographie), la Polyclinique devait promouvoir

42 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

une assistance médicale gratuite aux indigènes en même temps qu'elle représentait un baromètre de l'état sanitaire général de la population. Transformée en 1953 en Institut d'hygiène sociale, la Polyclinique Roume, chargée de promouvoir la médecine sociale, disposait, en plus d'un laboratoire de bactériologie (examens sérologiques), ainsi que d'un service de dermato-vénérologie placé sous la direction d'un médecin spécialisé dans les MST, et travaillant de concert avec les infirmières visiteuses (voir *infra*), chargées du suivi des malades à domicile. La tâche du service de dermato-vénérologie consistait au dépistage et traitement des malades atteints de MST. Les infrastructures médicales portuaires sont constituées par les dispensaires portuaires mis en place conformément aux recommandations de l'Arrangement International de Bruxelles² et destinés aux marins et agents du port. En effet, la signature, le 1^{er} décembre 1924, dans un contexte de propagation des maladies vénériennes, sous l'égide de plusieurs organismes et associations internationaux (SDN, Ligue des Sociétés de la Croix Rouge, BIT, Union Internationale contre le Péril Vénérien, Office International d'Hygiène Publique) constitue une étape décisive dans la coordination de la lutte antivénérienne au niveau international.

Deux années après l'Arrangement International de Bruxelles, fut ouvert, au niveau du port de Dakar, un dispensaire doté de services de syphilimétrie et de consultation aux fins de fournir l'assistance médicale en priorité aux marins, travailleurs du port ainsi qu'aux populations environnantes. C'est d'ailleurs dans cette optique que furent créées deux structures rattachées au dispensaire du port: le poste médical de la Médina destiné aux femmes et celui de Bel Air.

D'autres grandes villes situées sur la façade maritime (Rufisque, Ziguinchor, Kaolack, Saint-Louis) disposent de dispensaires placés sous la tutelle de l'AMI et offrant de l'assistance aux marins.

Quant au Service d'Hygiène créé depuis 1905, il est chargé, outre l'hygiène de l'habitat, de la salubrité urbaine, du contrôle des maladies à déclaration obligatoire et des eaux de boisson,

² Accord international relatif au traitement gratuit des marins atteints de MST.

de la vaccination, de la police sanitaire des aéroports, de la vaccination, de la lutte anti-muridés et anti-moustique, ainsi que la surveillance de la prostitution. C'est dans ce dernier domaine que le Service d'Hygiène se trouve impliqué dans la lutte contre les MST (lutte contre la syphilis, surveillance des maisons de tolérance, déclaration des maladies vénériennes, dépistage de la syphilis en milieu scolaire).

L'analyse des infrastructures impliquées dans la prise en charge des MST indique de grandes disparités entre les campagnes souvent délaissées et démunies à l'opposé du milieu urbain qui concentre l'essentiel des moyens matériels et humains.

D'une manière générale, les structures de prise en charge des pathologies vénériennes au Cameroun tant britannique que français sont identiques à celles qui existaient au Sénégal, avec un maillage composé de dispensaires, d'hôpitaux et autres maternités. Seulement, à côté de l'initiative publique, il y eut des initiatives privées notamment avec la contribution des formations sanitaires missionnaires et des entreprises privées. En revanche, si, au Sénégal, un service antivénérien spécialisé a été mis en place à l'hôpital de Saint-Louis dans les années 1940, il n'en va pas de même au Cameroun où il a fallu attendre les années 1950 pour voir se mettre en place des structures spécialisées autonomes. En effet, au Cameroun britannique, c'est la Cameroon Development Corporation (CDC) qui établit, en 1951 à Tiko, un dispensaire antivénérien, et que celui du Cameroun français, a été mis en place à Douala en 1953 par les autorités coloniales locales (Report, 1951, p. 141)³.

Comme on le voit, les autorités coloniales britanniques n'ont pas mis en place de structure spécifique de prise en charge de pathologies vénériennes au Cameroun sous leur domination. De plus, les soins étaient gratuits. En 1935, on peut mentionner la construction d'une annexe à l'hôpital de Dikwa (Cameroun septentrional britannique), pour les femmes malades; de même, des heures de réception particulières étaient aménagées pour ces dernières au Cameroun français (Report, 1928, p. 93 et RASDN, 1928, p. 60). Cela dit, avant les années 1950, les

³ Au Cameroun britannique, il est fait état dans la même année d'une possible ouverture d'un pavillon pour tuberculeux à Bamenda.

44 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE ?

malades vénériens étaient pris en charge dans les hôpitaux de service public. Le rapport annuel de 1953, explique que dans les centres urbains et ruraux, les malades vénériens sont soignés gratuitement au même titre que les autres malades (RAONU, 1953, p. 239). Bien plus, au Cameroun français, en plus de Douala, c'est en 1959 qu'effectivement des dispensaires antivénériens ouvrirent leurs portes à Yaoundé et à Maroua.

3.a.2. Le dispositif du service mobile

Dans la colonie du Sénégal, c'est à l'orée du XX^e siècle que s'amorce, avec la création de l'Assistance Médicale Indigène par l'arrêté du 8 février 1905, non seulement une politique sanitaire soucieuse d'étendre les prestations à la population africaine affectée par les endémo épidémies, mais aussi une volonté affirmée de faire pièce aux fléaux sociaux (tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme). En effet, les conclusions de l'enquête présentée par l'Inspection des Services Sanitaires et Civils, initiée par la circulaire du gouverneur général Roume du 5 avril 1905, révèlent un taux de mortalité très élevé (Gallay, 1909). Celui-ci résulte, d'après l'enquête, de deux principaux facteurs.

D'une part, les maladies banales induites par la pauvreté, le manque d'hygiène, l'insalubrité; et, d'autre part, les pathologies parmi lesquelles émergent la tuberculose et les maladies vénériennes (syphilis). Par ailleurs, l'enquête incrimine, à un second niveau, les maladies endémiques spécifiques au milieu: béribéri, lèpre, trypanosomiase, paludisme. À partir de ce moment, l'AMI fut chargée de prendre en charge les maladies vénériennes accusées de compromettre l'avenir démographique des colonies.

Au sortir du second conflit mondial, la création du SGHMP et d'une section Tréponématoses à partir de 1949, l'arrivée des antibiotiques, corollaire d'innovations thérapeutiques majeures, l'implication des assistantes et aides sociales se concrétisent par des succès indéniables dans les campagnes anti-tréponémiques. C'est à partir du début des années 1950 que les actions de l'AMI, limitées dans les hôpitaux et dispensaires, furent complétées par la médecine ambulatoire, mobile et préventive grâce au Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie qui réussit, tant bien que mal, à traiter 5000 syphilitiques et pianiques. En 1949-

1950, l'organisation de la lutte antisypilitique fut menée par le SGHMP après la mise en place de deux secteurs spéciaux, l'un basé dans la Vallée du Fleuve Sénégal (secteur spécial de Podor), l'autre au Niger (Groupement Djerma-Sonraï).

Les principes directeurs des campagnes anti-tréponémateuses du SGHMP s'articulent autour d'un contrôle et d'un complément de données cliniques basées sur la sérologie d'abord, ensuite d'un traitement complet des cas dépistés, d'un contrôle ultérieur par la sérologie des cas traités après et, enfin de la constitution de fichiers aux fins de retrouver les patients (Massequin, Ridet, 1954).

Dès 1953, sur la base de protocoles thérapeutiques codifiés et standardisés, de très courte durée, plus des trois quarts des patients en traitement étaient cliniquement guéris à défaut de présenter une amélioration assurant leur blanchiment. La plupart des patients positifs qui ont été suivis et traités se sont « négatifs » au plus à partir du 8^e jour. Le Médecin-Capitaine Despres, dans un rapport n° 153 en date du 24 mars 1953 souligne les résultats spectaculaires enregistrés par le nouveau protocole thérapeutique :

Les nouveaux traitements prescrits par la fiche technique 465bis ont été appliqués. Les résultats des traitements sont spectaculaires. L'assèchement des lésions secondaires ulcérées et suintantes se situe aux environs du 4^e jour. L'effacement complet des lésions est atteint vers le 8^e jour (Massequin, Ridet, 1954).

Les campagnes d'éradication massives (dépistage, prophylaxie) entreprises par le SGHMP à partir des années 1950 permirent de contenir l'affection tréponémique en AOF avant de la faire reculer sensiblement.

Au Cameroun, l'endémie de trypanosomiase, très menaçante sous les Allemands, a conduit les autorités coloniales françaises à mettre sur pied, en 1925, la Mission Permanente de la Maladie du Sommeil (MPMS), dispositif de prophylaxie, de dépistage et de traitement des malades sommeilleux. En 1932, est intégré dans l'AMI⁴ le service spécial de prophylaxie de la maladie de

⁴ Rappelons que c'est l'arrêté du 2 décembre 1916, qui a organisé officiellement l'assistance médicale aux indigènes remontant en réalité aux premiers jours de l'occupation française.

46 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

sommeil crée par arrêté du 7 février 1931 en remplacement de la MPSM, dont la sphère de compétence a été élargie à la prophylaxie de la syphilis et du pian. Selon la méthode Vernes, les malades dépistés sont l'objet d'un examen sérologique suivi d'un traitement de contrôle (RASDN, 1932). Précisons que le service mobile existait au Cameroun britannique sous l'appellation de Medical Field Unit.

Cela dit, au Cameroun français, l'orientation de la philosophie médicale politique sanitaire vers la prévention dans le secteur social, aboutit à la formalisation du service mobile après la conférence de Brazzaville de 1945, par la création de la SHMP (ou SGHMP) qui démarra dès janvier 1945 avec une section Tréponématoses. Par ailleurs, un arrêté du 1^{er} juin 1948 rend obligatoires les visites médicales destinées au dépistage des maladies endémo-épidémiques et au traitement des sujets reconnus atteints de ces maladies; en outre il vise surtout à favoriser les campagnes de dépistage dans les villages de brousse (RAONU, 1953, p. 239). Aussi, des grandes campagnes de traitement de masse ont-elles débuté dans les années 1954-1955, avec des résultats mitigés (OCCGEAC, 1964, p. 24).

3.b. *Évolutions et innovations thérapeutiques*

Avant 1905, date de découverte de l'agent responsable de la syphilis par l'Allemand Fritz Schaudinn, les connaissances sur les pathologies vénériennes restèrent largement embryonnaires comme du reste l'attestent l'instabilité et la variabilité de la nomenclature médicale ainsi que de la classification des MST (maladies vénériennes, infections urinaires, maladies syphilitiques, maladies génito-urinaires, etc.). Ce contexte a lourdement retenti sur les thérapies antivénériennes.

Jusqu'aux années 1940, l'usage de l'iodure de potassium et des dérivés mercuriels a prévalu dans le traitement de la syphilis vénérienne. Alors que le mercure est administré depuis le XVIII^e siècle par voie interne (frictions), externe (lavements) ou par voie orale, des innovations thérapeutiques s'opèrent à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle avec l'iodure de potassium utilisée pour le blanchiment des gommès et nodules.

Au début du XX^e siècle, l'atoxyl, utilisé d'abord dans le traitement de la maladie du sommeil, fut sollicité dans le

traitement antisyphilitique avant d'être rapidement délaissé à cause de sa toxicité (Bargy, 1908). Durant la même période, des innovations thérapeutiques majeures s'opèrent avec l'arrivée des arsenicaux (arsenone, sulfarol, novarsenobenzol) et des bismuthiques (Diop, 2008). D'abord utilisé seul à partir de 1910 suite aux expériences de Paul Ehrlich, l'arsenic fut associé à l'orée des années 1920 au bismuth qui fit ses preuves dans le blanchiment des chancres et accidents cutanés. L'ère des arsenico-bismuthiques va progressivement déclasser la première génération des traitements à base d'iodure de potassium et des dérivés mercuriels. En effet, les arsenico-bismuthiques firent leur preuve dans le traitement des tréponèmes grâce aux actions rapides sur les lésions syphilitiques même si la guérison complète ne semble pas établie.

Entamées à partir de 1943, les recherches relatives au traitement de la syphilis par la pénicilline furent menées en Amérique par Mahoney, Arnold et Harris et, en France, par Levaditi et Vaisman. Les expériences poursuivies par la National Research Council à l'image de Mahoney, Moore, Schwartz et Stenberg furent couronnées de succès dès 1944. À court terme, les résultats furent satisfaisants, voire excellents s'agissant des 1587 cas alors qu'à moyen terme, 15% à 100% de récidives furent notées suivant les doses (Lortat, 1947).

La thérapie connut un appoint supplémentaire à partir de 1945 suite à l'utilisation des pénicillines retard qui dépasse les anciens traitements (arsenic, bismuth, mercure) et élargit les possibilités offertes dans le traitement de la syphilis. Utilisée seule ou associée à d'autres antisyphilitiques tels le bismuth ou l'arsenic, la pénicillothérapie révolutionne l'arsenal des thérapeutiques antisyphilitiques (Gougerot, 1946). En effet, le traitement arsenico-bismuthique, en raison de sa durée, générait des abandons au niveau des patients et des réticences dans une société où l'hôpital représentait l'étape ultime de la souffrance, de l'isolement et la transition vers la mort.

Au total, l'arrivée des antibiotiques, de la pénicilline d'abord, puis de l'extencilline révolutionna le traitement de la syphilis. L'efficacité de la pénicilline et ses avantages à cause de sa non-toxicité, la prémunition qu'elle offre contre l'hérédité syphilitique grâce à l'injection aux femmes enceintes, constituèrent autant

48 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

d'arguments qui décidèrent de son adoption par l'OMS comme traitement contre les tréponèmes (OMS, 1953). L'usage des méthodes rapides par le Novar, l'introduction dans la thérapeutique des dérivés arsenicaux nouveaux, les arsénoxydes, permirent une réduction considérable de la durée des traitements (Arquié, 1945).

En AOF, le protocole de traitement de la section «tréponématoses» du SGHMP s'est fondé sur les travaux de Rein, Ingraham, Charpy, Lereboullet, Dèbre, Bolgert et Lévy ainsi que sur les bons résultats obtenus lors des différentes campagnes anti-tréponémiques de l'OMS.

Les autorités sanitaires de la colonie, dans le protocole thérapeutique, ont beaucoup misé sur les injections pour le contrôle des Africains et leur suivi médical, contrairement à la voie orale (comprimés souvent pris à domicile) qui, à leurs yeux, ne garantissent ni le suivi, encore moins l'efficacité médicale. Ceci rappelant les discours du milieu des années 1990 sur l'«incapacité» des Africains à suivre correctement les nouveaux traitements du VIH. Pourtant, le discours autour de l'adhésion massive des indigènes aux injections devrait être relativisé, si l'on en croit certaines autorités sanitaires avisées. Ainsi, pour Peltier, si les scarifications sont bien acceptées, par contre, les injections sous-cutanées sont très redoutées par les populations africaines (Peltier, 1944).

Au Cameroun français, s'agissant des soins, le néo-salvaran et l'iodure de sodium apparaissaient comme les plus utilisés en 1921 (RASDN, 1921: 33). En 1923, des doses de Néoarsénobenzol ont été distribuées et la plupart des diagnostics étaient confirmés bactériologiquement par la méthode de Fontana Tribondeau (RASDN, 1923, p. 59). En plus des médicaments cités, d'autres apparurent dans la liste en 1927 comme le Sulfarsénol, les Ampoules de sels solubles de mercure et la Protoiodure de mercure (RASDN, 1927, p. 27). C'est dans les années 1950, que la Pénicilline, la Streptomycine, la Tifomycine, l'Auréomycine, la Sanclomycine et la Terramycine apparaissent dans les dépenses en antibiotiques (RAONU, 1955, p. 195).

4. La question de la prostitution

Au Sénégal, l'analyse de la littérature administrative disponible indique d'une part une prise en charge assez précoce de la prostitution par les autorités coloniales et, d'autre part, la récurrence du problème posé par son contrôle administratif. Considérée comme un fléau social au même titre que l'alcoolisme, le banditisme et la mendicité (Diop, 1997), la prostitution, dès le XIX^e siècle, se trouva au cœur des préoccupations des autorités sanitaires et administratives de la colonie du Sénégal.

Dès le début de la deuxième moitié du XIX^e siècle, les ravages des pathologies vénériennes chez les célibataires européens, au niveau des troupes engagées dans les opérations de conquête et de pacification ainsi que dans les villes en pleine expansion à l'image de Saint-Louis, ont poussé les autorités coloniales à contrôler, à défaut de l'éradiquer, l'épineux problème de la prostitution.

L'arrêté du 29 mars 1849, tout en autorisant l'ouverture de maisons de tolérance destinées à regrouper et contrôler les filles publiques, créa, dans un contexte d'essor de la prostitution clandestine, un dispensaire de salubrité publique à Saint-Louis pour prendre en charge les prostituées.

L'approche rigoriste, réglementariste et répressive a prévalu dans le traitement de la prostitution. Sous peine de sanctions, des dispositions réglementaires soumettent les filles publiques non seulement à une surveillance médicale (visites médicales périodiques), mais aussi à une inscription sur un registre spécial sanctionnée par la livraison d'un livret spécial (ANS H 42, 1874-1882). En témoigne l'arrêté du 21 mars 1864 qui prévoit l'arrestation et l'emprisonnement (de 15 jours au maximum) de filles publiques refusant de se soumettre aux visites médicales. À l'orée du XX^e siècle, le décret du 14 avril 1904 portant sur la Protection de la Santé Publique instaure un service de surveillance de la prostitution placé sous la tutelle du Service d'Hygiène. La recrudescence de la syphilis, pour les autorités sanitaires, est imputable à l'essor de la prostitution, surtout clandestine, en dépit de la réglementation et des actions répétées de la police. Les consultations des prostituées, assurées par l'Institut d'hygiène Sociale, se soldent la plupart du temps par un manque de suivi du fait de la réticence et de l'abandon des femmes. Pour

50 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

faire face à de tels manquements, les autorités administratives ont pris un ensemble de mesures relatives à la répression de la prostitution clandestine, au contrôle sévère des femmes et des maisons de tolérance.

À Dakar, après l'ouverture de la première maison de tolérance en 1918, le problème de la prostitution est au cœur des préoccupations des autorités d'une ville à la croissance démographique rapide. En effet, à la veille du second conflit mondial, la capitale fédérale disposait de cinq maisons de tolérance (Alhambra, American Bar, Excelsior, Les Parisiennes, Lily Cernay). Ainsi, l'arrêté du 13 janvier 1926 relatif à la réglementation de la prostitution indique les mesures auxquelles les femmes publiques sont astreintes: inscription sur les registres de contrôle, deux visites hebdomadaires obligatoires, recherche de gonocoques chaque quinzaine, réaction de B-W chaque trimestre. En cas d'infection, les filles publiques, prostituées cartées, en majorité européennes, sont internées et traitées au sein des structures hospitalières. Quant aux prostituées clandestines, face cachée de l'iceberg, elles constituaient l'essentiel des effectifs et profitaient des progrès des échanges et communications (routes, rails) pour se déplacer à l'intérieur de la colonie.

Nul doute que le contexte était favorable à la diffusion des maladies vénériennes dans une ville devenue le réceptacle du flot migratoire constitué par les gens d'extrêmement peu chassés par les à coups de la conjoncture météorologique et de la grande dépression des années 1930. Dans ce contexte, on peut comprendre que la syphilis vénérienne, favorisée par l'essor des échanges et des voies de communication, soit en nette progression. D'ailleurs, dans certaines colonies, la pathologie est dénommée «maladie des chauffeurs». On pourrait à juste titre établir le parallèle avec le sida où les «populations» de chauffeurs/routiers ont longtemps été désignés comme propageant le VIH.

Il est évident que le système colonial procéda à des bouleversements épidémiologiques spectaculaires sous la combinaison de plusieurs facteurs (progrès des échanges, routes et rails, cultures spéculatives, insécurité alimentaire) qui favorisèrent non seulement la fragilité biologique, mais aussi et surtout l'éclosion de certaines pathologies qui, jusqu'ici, évoluaient en vase clos. D'autre part, les migrations et l'alcoolisme, favorisèrent

la percée de pathologies endémiques (variole, maladie du sommeil, lèpre, malaria) et surtout des maladies vénériennes dont le développement semble postérieur à la colonisation et qui, à coup sûr, fut un facteur de stérilité (Mbokolo, 2000). On peut ici souligner la similitude avec le VIH notamment le rôle des migrations, des mouvements de population mis en cause dans le développement de l'épidémie de VIH.

Avec le docteur Cavalade, on saisit mieux le mécanisme de diffusion et de contagion spécifique de la syphilis :

La prostitution dans les grands centres joue un premier rôle. Les tirailleurs qui se contaminent très souvent au cours du service, les gardes cercles, les conducteurs de camions, la multitude des acheteurs et des « dioulas », tous les individus enfin qui, par leurs déplacements fréquents et rapides, la prépondérance de leur importance sociale, ont des relations sexuelles facilitées actuellement par un certain relâchement des mœurs, sont les agents de la transmission vers le village. Sur place, la maladie fait tâche d'huile, elle atteint avec prédilection les enfants par la calebasse et les jeux en commun (Cavalade, 1941).

Ces propos, tenus à l'orée des années 1940, trouvent toute leur actualité par rapport au discours actuel sur le sida, les groupes à risques (pratiquement les mêmes), la stigmatisation et la surveillance sentinelle. Il en est de même des méthodes de lutte axées sur les prostituées, la syphilis étant considérée comme leur maladie, au même titre que l'a longtemps été le sida.

Le système réglementariste, pilier de la politique de lutte contre la prostitution, fut éradiqué à la faveur du mouvement abolitionniste, suite à l'adoption, en France, le 13 avril 1946, de la loi Marthe Richard. Celle-ci vise la fermeture des maisons de tolérance et l'éradication du proxénétisme (ANS 1H48/44, 1946). En AOF, la loi Marthe Richard, promulguée par le gouverneur général le 5 décembre 1946, se matérialise par la fermeture de toutes les maisons closes ainsi que la destruction de tous les dossiers de prostituées. L'interdiction de la prostitution organisée et tolérée, du racolage public et du proxénétisme ouvre la porte à la prostitution clandestine et pose la question de la réglementation, de la surveillance et du contrôle de la prostitution.

52 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

La loi du 13 avril 1946 constitua, après l'accession à la souveraineté internationale, un sérieux dilemme pour les nouvelles autorités sénégalaises. Le 5 juin 1965, Amadou Cissé Dia, ministre de l'Intérieur, estime que cette loi apporte plus de problèmes qu'elle n'en résout. En effet, estime Dia, ses répercussions fâcheuses sont visibles si l'on considère la prostitution clandestine qu'elle favorise au niveau des filles publiques africaines et capverdiennes, soustraites de tout contrôle policier et sanitaire, à l'opposé des prostituées européennes (Diop, 1997). L'année suivante, le système réglementariste et de contrôle de la prostitution réapparaît au Sénégal (fichier sanitaire, contrôle obligatoire des prostituées, visites médicales instaurées pendant la quinzaine, mise en carte) (JOS, 1966, 1969).

Au Cameroun, le contrôle de la prostitution s'est toujours posé depuis la domination européenne. Les Allemands avaient déjà tenté de la contrôler sans succès au début du XX^e siècle, notamment compte tenu de la fluctuation de la population. Dans les faits, dès 1903-1904, la réglementation de la prostitution fut envisagée à Douala. Il est même fait état de ce que l'opinion publique berlinoise s'était saisie de la question du nombre trop élevé d'Européens malades et que la critique en métropole a eu paradoxalement comme conséquence d'étendre «la prostitution et d'accroître le nombre des malades parmi les Européens» (Martin, 1921, p. 301).

Ceci étant, aucun document consulté ne mentionne l'existence d'une réglementation par les textes de la prostitution au Cameroun britannique. En revanche, il est bien fait état du mandat donné à la police pour refouler de «nouvelles arrivantes» dans les centres urbains. Ainsi, Anglais et Français occupent le Cameroun depuis 1916 après la conquête. Ces derniers, par un arrêté local du 14 mars 1917 déterminant les infractions spéciales à l'indigénat, étendirent au Cameroun le code de l'indigénat en vigueur depuis 1910 en AEF (JOTOAC, 1917, pp. 157-158 et JOC, 1924, p. 419). Dès lors, il ne sera question pour la France que d'officialiser ultérieurement des situations préexistantes. C'est ainsi qu'après l'officialisation de son mandat par la SDN en juillet 1922, un arrêté pris le 7 septembre 1923, réglemente la surveillance de la prostitution au Cameroun français. Quatre textes à caractère réglementariste et répressif ont été pris au

total, pour contrôler la prostitution : en plus de celui de 1923, il y eut les arrêtés du 3 septembre 1930, 25 octobre 1933 et du 1^{er} décembre 1953. Le dernier arrêté de 1953 rend applicable au Cameroun la loi réglementant la prostitution dans la métropole à savoir la loi du 13 avril 1946, dite Marthe Richard. Ce texte interdit les maisons de tolérance et prévoit l'établissement d'un fichier sanitaire des prostituées, fichier contrôlé uniquement par les autorités sanitaires (RAONU, 1953 p. 239).

Contrairement au Sénégal, aucune maison de tolérance n'a été ouverte au Cameroun. L'idée fut évoquée en 1939 par la Commission de surveillance de la prison de Douala, mais le Commissaire de la République française au Cameroun, Brunot, opposé à la création des maisons de tolérance, s'orientait plutôt vers l'organisation de quartiers réservés (installés plus près des camps militaires) (APA 12052/N).

L'analyse des sources et discours sur la prostitution signale une valse hésitation des autorités de la colonie depuis le XIX^e siècle. Si le discours réglementariste insista, au début, sur la nécessité d'exclure de la sphère publique la fille publique désignée comme élément de pollution et de propagation des pathologies vénériennes, les autorités n'hésitèrent pas à revoir leur attitude face à la prostitution compte tenu de l'inefficacité du système de surveillance (Ngalamulume, 2006). Aussi, la prostitution est-elle ménagée, voire tolérée et la fille publique, jadis indésirable parce que dangereuse, est désormais utilisée comme « fille à soldat ».

Finalement, les limites des politiques de lutte contre les maladies vénériennes découlent de l'approche centrée sur la prostitution et les filles publiques, même si la propagation des pathologies vénériennes est considérée par les autorités médicales comme la maladie des militaires et des chauffeurs (qui du reste disposent bien d'un langage codé pour caractériser les MST, notamment la blennorragie, dénommée « couler bielle »).

5. Conclusion : des MST du passé au sida : enseignements et éclairages

Au Sénégal et au Cameroun, la prise en charge des MST remonte respectivement à la deuxième moitié du XIX^e siècle et

54 • SIDA ET TUBERCULOSE : LA DOUBLE PEINE ?

au début du XX^e siècle. Elle s'est traduite d'une part par la mise en place d'infrastructures, d'institutions, et d'une législation ainsi que par des mutations dans les professions de santé (infirmières visiteuses, assistantes sociales, médecine sociale). D'autre part, elle se caractérise par des dispositifs mis en place pour assurer le contrôle social, notamment des malades, et singulièrement des prostituées. La façon dont le pouvoir colonial perçoit la question des MST considérées comme « fléau social », stigmatisées rappelle en partie la gestion actuelle du sida. Ainsi, la représentation du péril vénérien, autrement dit le discours élaboré sur le « fléau vénérien » ainsi que l'idéologie qui le sous tend, et ses prises en charge révèlent de grandes similitudes avec la gestion du sida (stigmatisation, groupes à risque, surveillance sentinelle, prostitution).

Au Sénégal, l'ancienneté de la prise en charge des MST (mise en place d'infrastructures, implication de personnels paramédicaux) pourrait, dans une certaine mesure, expliquer les taux de prévalence du VIH relativement bas au Sénégal. En revanche, au Cameroun, malgré la précocité de la prise en charge des pathologies vénériennes par les textes, la mise en place des structures spécialisées fut tardive et l'implication du personnel paramédical marquée par l'absence des infirmières visiteuses.

L'analyse des pratiques de la médecine coloniale indique des prises en charge séparées en lieu et place d'une prise en charge conjointe avec les autres maladies dites sociales, notamment la tuberculose. Ainsi, malgré la volonté affichée des autorités sanitaires de les inscrire dans un même ensemble de fléaux sociaux, de maladies sociales, après 1905, dans les faits, la prise en charge des pathologies vénériennes a été toujours séparée de celle des autres maladies sociales.

L'approche réglementariste, pilier du système prophylactique de lutte contre la prostitution et la diffusion des maladies vénériennes révèle des limites réelles. Le système trouve ses failles dans l'approche rigoriste, centrée essentiellement sur le contrôle des filles publiques même si les autorités sanitaires et administratives reconnaissent la prévalence des maladies vénériennes chez certains groupes à risques, notamment des hommes, à l'image des chauffeurs et des militaires. Malgré le contrôle

sur le corps de la femme accusée de diffuser les pathologies vénériennes et de polluer la société, la fille publique, soumise au contrôle médical et policier, essaya, par divers moyens, comme à Saint-Louis aux XIX^e et XX^e siècles, de contourner le dispositif de coercition sociale (Ngalamulume, 2006).

En somme, dans bien des cas, les politiques de prise en charge des MST, souvent autoritaires, réglementaristes, révèlent des limites réelles liées en partie à l'ignorance, par le pouvoir colonial, des sociétés africaines largement travaillées par des réalités culturelles, religieuses et politiques propres, différentes et spécifiques.

Voyons maintenant ce qu'il en a été pour cette «maladie sociale» qu'a toujours été la tuberculose.



Chapitre 2

La lutte contre la tuberculose au Cameroun et au Sénégal, 1924-1996



*Jean-Baptiste NZOGUE, Fatoumata CAMARA
et Christopher KUABAN*

1. Introduction

Faire une étude historique sur la prise en charge de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal de 1924 à 1996, revient à analyser les constructions de la lutte contre cette pathologie dans deux territoires, d'abord placés par une même métropole en situation de domination coloniale, ensuite indépendants, c'est-à-dire ayant en main leur propre destin. Dans leur politique générale de lutte contre les maladies transmissibles en Afrique, les puissances coloniales orientèrent le gros de leurs efforts vers la lutte contre ce qu'elles appelèrent « la pathologie exotique » ; c'est-à-dire les maladies d'ailleurs (d'Afrique en l'occurrence), celles qui n'étaient pas connues en Europe. Partout, dans les métropoles, les Sociétés nationales de pathologies exotiques furent créées. Il devait cependant se poser le problème de la lutte contre certaines maladies dites « cosmopolites » (communes aux métropoles et aux colonies) n'ayant encore ni traitement ni vaccin en Europe. La tuberculose faisait partie de cette catégorie. Les stratégies de lutte et leurs déclinaisons pratiques allaient évoluer, d'abord au fur et à mesure de l'évolution des recherches sur cette affection et de son insertion dans les priorités des pouvoirs publics aussi bien coloniaux que nationaux, ensuite au gré des méandres de la conjoncture économique dans les États indépendants du Cameroun et du Sénégal. Le propos de ce chapitre est donc de voir en quoi ces évolutions éclairent le présent et ont des similitudes avec les situations actuelles.

58 • SIDA ET TUBERCULOSE : LA DOUBLE PEINE ?

2. La prise en charge de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal sous domination coloniale : 1924-1960

Les services de santé coloniaux furent prioritairement orientés vers la protection du capital humain dans les zones où se recrutait la main-d'œuvre. La tuberculose n'ayant pas été classée parmi les maladies les plus redoutables aux colonies, tout au moins au début, elle ne s'inséra dans les priorités du pouvoir qu'au fur et à mesure du recul des endémo-épidémies.

2.a. Les démarches prophylactiques : le dépistage, la vaccination par le BCG et la sensibilisation

L'idée a donc longtemps prévalu que la tuberculose était une maladie propre aux pays tempérés et qu'elle fut introduite en Afrique par les Européens. Au Sénégal, les premiers cas de tuberculose auraient été rapportés en 1840 mais la maladie était tenue pour exceptionnelle. En 1883, de nombreux cas furent signalés à Gorée et à Saint-Louis (Sankalé *et al.*, 1967, p. 411). Au Cameroun français, ce fut en 1922 que la tuberculose commença à retenir l'attention de l'administration (RASDN, 1922, p. 39.). Cet intérêt procédait de la découverte, la même année, de 16 cas de tuberculose avérés chez les Européens établis dans le territoire. Avant cette révélation, la tuberculose était déclarée inconnue dans la partie du Cameroun dont l'administration revenait à la France. Ce discours est sujet à caution et procédait sans doute d'une connaissance limitée du territoire car, avant les Français, les Allemands avaient fréquemment signalé la tuberculose dans les plantations (Rudin, 1931, p. 31). En outre, le nombre de cas recensés au Cameroun britannique en 1924 – 88 tuberculeux pour une maladie à évolution lente dans un territoire peu exploré¹ (Report to the League of the Nations, 1924, p. 41) – remet en cause la thèse de l'inexistence de la tuberculose au Cameroun au début de l'occupation française.

Au début de l'entreprise coloniale, les autorités françaises entreprirent de rapatrier dans leurs pays d'origine les Européens souffrant d'une tuberculose ouverte. Au Sénégal, ces rapatrié-

¹ Le rapport de l'administration britannique précisait que ces 88 cas ne renseignaient pas suffisamment sur la prévalence de la maladie et que la situation était beaucoup plus grave.

ments furent justifiés par les possibilités d'une meilleure prise en charge en métropole, mais au Cameroun, l'administration les présenta souvent comme une mesure de prophylaxie visant à protéger le territoire contre l'importation de la tuberculose. Il est cependant difficile de se faire une idée exacte de la morbidité due à la tuberculose dans les années 1920. Il n'y eut, en fait, aucun effort de dépistage systématique au sein des collectivités autochtones. Au Cameroun, par exemple, les chiffres livrés par l'administration jusqu'à la fin de cette décennie ne dépassèrent guère les seize cas signalés en 1924.

Dans les deux territoires, les cas dépistés, qui constituent l'essentiel de la statistique sur la tuberculose des années 1920-1930, provenaient des examens pratiqués au cours des dépistages pour visa de passeport et pour recrutement indigène, et à la demande d'un médecin pour les patients venant consulter dans les hôpitaux et dispensaires et présentant les signes de la tuberculose. Ce dépistage se faisait, de façon systématique, chez les candidats à des emplois publics (Ricou, 1944), les fonctionnaires et le personnel de commerce européens avant l'embarquement (Blanchard, 1935, p. 13). La mortalité, quant à elle, devenait importante au fil des ans; parmi les quelques cas dépistés dans les hôpitaux de Douala et Yaoundé, l'onregistra 12 décès en 1928 (RASDN, 1928, p. 21), 16 en 1929 (RASDN, 1929, p. 19). En 1931, la tuberculose commençait à devenir importante, elle occupait la 6^e place dans le tableau statistique de la mortalité hospitalière: elle avait causé 40 décès parmi les 1058 enregistrés dans le territoire, soit 3,7% de la mortalité générale (RASDN, 1931, p. 83). La situation paraissait plus critique au Sénégal où, entre 1925 et 1926, la mortalité provoquée par la tuberculose atteignait 30% de la mortalité générale de l'Hôpital indigène de Dakar (2G26-2, 1926).

En 1924, le ministère des Colonies, ayant réalisé la nécessité d'une action prophylactique plus sérieuse, élaborait une feuille de route de la lutte contre la tuberculose aux colonies et dans les territoires administrés par la France (ANOM, 1920-1932). Les orientations données par la métropole tenaient en cinq points: 1^o l'étude préliminaire épidémiologique de la maladie comportant sa répartition, sa diffusion, ses modalités, sa transmission, la détermination de l'index tuberculinique, etc.; 2^o l'institution de

60 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

dispensaires dans les centres urbains pour le dépistage précoce des malades, la mise en surveillance de leurs familles, le contrôle sanitaire et le dépistage de la tuberculose dans les collectivités (écoles, casernes, chantiers de travailleurs, prisons, etc., déclaration obligatoire de la tuberculose, institution d'infirmières visiteuses et adoption de fiches sanitaires); 3° l'organisation dans les hôpitaux indigènes de services de traitement isolés pour les tuberculeux ouverts, la création d'établissements spéciaux de cure (sanatoria d'altitude et stations maritimes); 4° le contrôle attentif de tous les indigènes rentrant de l'extérieur dans leur pays d'origine; 5° l'éducation des populations par tous les moyens de propagande en insistant surtout sur la notion de contagion et sur les précautions à prendre pour se mettre à l'abri. Nous avons là nombre de principes qui gouvernent aujourd'hui la structuration d'un programme national de lutte contre la tuberculose.

Il va de soi que, sur le terrain, les instructions métropolitaines ne pouvaient être appliquées à la lettre et ne devaient être matérialisées que progressivement, surtout dans un contexte où les autorités coloniales fonctionnaient avec des ressources financières limitées (Colombani, 1991) et avaient à combattre d'autres maladies beaucoup plus répandues et dévastatrices que la tuberculose: la trypanosomiase, le paludisme, les maladies vénériennes, le pian, la lèpre, les ulcères phagédéniques, etc. Au Sénégal, cependant, les « infirmières visiteuses » participaient déjà, dès les années 1920, à la surveillance des tuberculeux isolés à domicile et de leurs contacts. Leur action dans la lutte antituberculeuse consistait, dès 1927, en plus du suivi des malades à l'Institut d'hygiène social, à immuniser les nouveau-nés de Dakar et Médina à domicile, à donner les soins et à prodiguer des conseils d'hygiène au domicile des malades.

Dans les deux pays, la seule véritable action à l'endroit de la tuberculose consista en l'enregistrement, dans les hôpitaux des chefs-lieux administratifs, de renseignements permettant de se faire une représentation de l'épidémiologie de la maladie. En d'autres termes, les cas dépistés dans les formations sanitaires permettaient à l'administration, d'une part de se faire une idée de la « géographie médicale » de la zone drainée par telle ou telle

formation médicale, d'autre part de repérer à temps l'augmentation de la maladie (Labusquière, 1975, pp. 302-303).

Au Sénégal, par exemple, Léger et Huchard commencèrent à expérimenter, dès 1922, les tests tuberculiniques chez des enfants de la ville de Dakar. Cela leur permit de déterminer des index tuberculiniques² de 38% chez les enfants de 7 à 9 ans et 48% chez ceux de 10 à 16 ans. Des enquêtes reprises dans le même milieu en 1927 révélaient 43,3% chez les enfants de 7 à 10 ans et 46% chez les enfants de 10 à 16 ans. Ce qui permit entre autres de rendre compte de l'atteinte des « indigènes » de Dakar par la tuberculose. Au Cameroun en revanche, ce ne fut qu'en 1932 qu'on commença à rechercher, par cuti-réaction de Von Pirquet, l'index tuberculinique chez les indigènes de Douala, enfants et adultes (RASDN, 1932, p. 147). Ces tests préparaient la voie à l'expérimentation du BCG qui, d'après les perceptions de l'époque, ne pouvait être administré qu'à des personnes testées négatives. Toujours en 1932, l'autorité coloniale prévoyait la création d'un laboratoire spécial, à l'Institut d'hygiène de Douala, pour la préparation du BCG. Cependant, les premiers essais d'immunisation des enfants de Douala n'eurent lieu qu'en 1937, avec la distribution du vaccin BCG préparé localement. Par rapport au Sénégal, le Cameroun semble avoir accusé un retard même dans le démarrage des tentatives d'immunisation des populations car le BCG fut administré dès 1924 par l'Institut Pasteur de Dakar aux nouveaux-nés de la maternité africaine et en 1925 aux nouveau-nés de la maternité européenne; en 1927, ce fut le tour des enfants de la banlieue nés hors des maternités de bénéficier de l'immunisation grâce au service des infirmières visiteuses (2G29-21, 1929). Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, l'on en était encore à l'expérimentation du BCG et peu fut fait en matière de prévention de la tuberculose jusqu'en 1939.

Après la guerre, l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose ne fut pas directement mise en place, peut-être parce qu'avec la création des Services d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SHMP) aux colonies, il fallait dans un premier temps

² Procédé qui permettait de déterminer dans une collectivité (par des tests tuberculiniques) le pourcentage de la population prédisposée à développer la tuberculose.

62 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

procéder à une délimitation des responsabilités entre ce service autonome et l'assistance médicale autochtone, et disposer des moyens techniques requis. Par ailleurs, ce n'est en 1948, que fut reconnue l'innocuité absolue de la vaccination antituberculeuse. Même si au Sénégal les traces de prophylaxie (tests tuberculiniques en l'occurrence, immunisation des nouveau-nés et militaires) apparaissent dans les années 1920, ce fut dans les années 1950 que démarrèrent les campagnes de vaccination contre la tuberculose dans les deux pays. Au Cameroun, après les vaccinations effectuées dans les écoles de Douala en 1950, suivirent des campagnes de vaccination en faveur des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire. Cette période était surtout marquée par le souci, d'une part, de déterminer l'imprégnation de l'infection tuberculeuse par la conduite des tests tuberculiniques dans diverses régions, d'autre part, d'évaluer l'efficacité de la vaccination. Au Sénégal, un programme de vaccination fut mis en œuvre, vers la fin de l'année 1949, en faveur des collectivités scolaires; se déroulait concomitamment une étude de l'imprégnation tuberculeuse déterminée au moyen des tests tuberculiniques.

L'objectif de cette action était de mettre au point des données susceptibles de permettre d'obtenir des résultats comparables malgré la diversité des opérateurs et des régions (IMTSSA, 1957). Il est à noter cependant que, dans les régions qui furent concernées par ces premiers gestes de prophylaxie, l'administration qui avait choisi de commencer par les sujets plus jeunes, jugés plus vulnérables, ne s'intéressa pas toujours à tous les enfants. La prophylaxie se pratiquait surtout en milieu scolaire et dans les maternités ou centres de protection maternelle et infantile. Pour justifier ce choix, l'autorité coloniale avança trois raisons: les enfants constituaient l'avenir de la « race », c'est dans les écoles que l'opérateur pouvait avoir le meilleur rendement car les sujets étaient déjà groupés, et c'est au cours de l'âge scolaire que les contaminations étaient les plus fréquentes et les plus sérieuses. En fait, les campagnes de vaccination en milieu scolaire avaient permis, en plus de l'immunisation des élèves, la formation d'une frange du personnel de santé. De plus, elles permirent une meilleure connaissance du BCG et, partant, sa plus grande application. En 1954, la vaccination fut étendue

aux maternités. En 1955, le Centre de PMI de Dakar se voit doté d'un centre du BCG qui, grâce à une assistante sociale, réalisait des vaccinations et tests sur les enfants. En 1956, ce fut au tour des postes médicaux de la périphérie de Dakar d'appliquer la vaccination.

Au Sénégal, l'idée de l'intégration de la lutte antituberculeuse dans la médecine mobile fut souvent émise, mais l'insuffisance des moyens financiers et matériels empêcha sa matérialisation. Ainsi, dans l'impossibilité de prendre en charge le grand nombre de malades que pouvaient révéler les dépistages de masse, l'administration évita d'intégrer la tuberculose dans les priorités du SGHMP. La section antituberculeuse, créée par l'arrêté du 22 janvier 1945, était considérée comme étant purement virtuelle (Sanner, 1954, p. 27) puisqu'elle ne se chargeait que de la distribution des médicaments et de matériels radiographiques achetés sur les fonds FIDES. Il n'en fut pas de même au Cameroun où, en 1956, la lutte antituberculeuse fut placée sous l'autorité du SHMP par l'intermédiaire d'une section spéciale, « la section antituberculeuse », créée en son sein. Seule la vaccination dans les maternités devait s'effectuer sous le contrôle du service de la santé publique. Les équipes mobiles polyvalentes du SHMP procédaient à la recherche de l'allergie tuberculinique avant primo-infection, et déterminaient l'index tuberculinique dans les différentes régions du territoire, ce qui permettait une première estimation de l'importance de l'endémie tuberculeuse dans le pays. L'index tuberculinique moyen obtenu pour l'ensemble du territoire était en progression constante jusqu'à l'avènement de l'indépendance : 25 % en 1955, 33 % en 1956, 32,8 % en 1957, 34,68 % en 1958, 38,40 % en 1959 (ANOM, 1959). En 1956, cinq équipes mobiles spécialisées de prophylaxie antituberculeuse opéraient à Douala, Yaoundé, Batouri, Garoua et Mokolo (RAONU, 1955, p. 193). Du fait de la pénurie du personnel cependant, ces unités spécialisées furent progressivement fermées au profit des équipes polyvalentes engagées dans la lutte contre les endémo-épidémies. L'idée, en fait, était d'étendre le BCG à tout le territoire en l'associant à d'autres vaccins (IMTSSA, 1957). Au Sénégal, c'est à la vaccination antivariolique que le BCG fut ainsi associé. Cependant, étant donnée la surcharge de ces équipes, l'administration française envisagea, dès 1959, de

commencer à faire les vaccinations indiscriminées (sans tests tuberculiniques préalables) à toute la population âgée de 0 à 30 ans (ANOM, 1959).

Toutefois, si les Français ont produit beaucoup d'écrits sur la vaccination par le BCG, très peu avait été réalisé lorsque le Cameroun et le Sénégal accèdent à l'indépendance. Au Cameroun, jusqu'en 1959, l'on n'avait pu vacciner que 340043 personnes, soit environ 10% de la population totale du territoire (ANOM, 1959). L'essentiel des vaccinations étant opéré dans les écoles (très peu fréquentées) et dans les maternités des centres urbains, les populations rurales furent quasiment tenues en marge de ces opérations. Même si depuis lors il y a eu une évolution considérable, cette situation coloniale présente néanmoins quelques similitudes avec l'actualité, surtout lorsqu'on considère les fréquentes ruptures de stocks de BCG dans les centres de santé ruraux. En conséquence, nombre d'enfants naissent sans être immédiatement immunisés et les parents ne voient pas toujours l'urgence de les faire vacciner après la sortie de la maternité.

En outre, si la vaccination par le BCG avait réussi à s'intégrer dans les activités des équipes mobiles du SHMP, le dépistage, pour sa part, s'inscrit dans les attributions des formations de médecine fixe. En fait, au Cameroun comme au Sénégal, les ressources ne permettant pas de prendre en charge (traitements et hospitalisation) tous les tuberculeux que pouvaient révéler les opérations de dépistage systématiques ambulatoires, les autorités choisirent de laisser vivre les malades dans la population et de ne dépister que les cas qui se présentaient à la consultation. Le Docteur Aujoulat n'affirme-t-il pas que «plusieurs malades étaient dépistés sans possibilité de les prendre en charge sur le plan sanitaire»? (OCCGE, 1969, p. 547). Au Cameroun, la radiologie mobile n'opéra qu'à Douala et Yaoundé et dans leurs environs. En AOF, la courte expérience tentée au Niger ne fut jamais étendue au Sénégal et dans les autres territoires de la fédération. Au début des années 1950, les crédits du FIDES avaient cependant permis de doter le Cameroun de deux centres de phthisiologie comprenant chacun un dispensaire antituberculeux, l'un à Douala et l'autre à Yaoundé. Au Sénégal, en 1953, l'IHS devint un organisme autonome rattaché à la direction de

la santé publique; le centre de phthisiologie recevait ainsi les malades traités par d'autres dispensaires, hôpitaux et structures privées ayant la possibilité de conduire des traitements (ARS, 1956, 2G56-46).

Dans les deux pays, en dehors de ces établissements spécialisés, quelques hôpitaux régionaux possédaient des installations radiologiques. Avec l'amélioration de l'équipement, l'on commença à voir plus de tuberculeux. Au Cameroun par exemple, 853 nouveaux cas furent dépistés en 1955, 1168 en 1956, 1202 en 1957 (IMTSSA, 1957). Cependant, même si l'on pouvait dépister plus de tuberculeux que lors de la période précédant la Deuxième Guerre mondiale, il n'en demeure pas moins vrai qu'en l'absence de dépistage des cas passaient inaperçus et constituaient ainsi une source importante de diffusion de la maladie.

Les Français, conscients de la mollesse de leur action prophylactique contre la tuberculose, entreprirent de renforcer les efforts de propagande commencés aux colonies au tournant des années 1930. Au Cameroun, comme au Sénégal, c'est sur la vente du timbre antituberculeux – qui se tenait chaque année et dont l'essentiel des recettes servaient à la lutte contre la tuberculose – que la propagande s'appuyait pour faire passer des conseils d'hygiène. En 1951-1952, une campagne nationale de lutte contre la tuberculose fut organisée en France sur le thème, « La tuberculose est contagieuse donc évitable »; elle intéressait toutes les possessions françaises menacées par cette affection. Au Cameroun, une décision du Haut-commissaire de la République française, en date du 24 avril 1954, créait un Comité d'Action et de Propagande pour la lutte contre la tuberculose. En 1959, suite à l'autonomisation du Cameroun intervenue en 1957, le gouvernement camerounais s'appropriait cette initiative, tout en conservant l'appellation et les missions initiales (JOCF, 1959). Le comité était présidé par le ministre d'État chargé de la Santé et de la Population. Les membres étaient: le ministre du Travail ou son représentant; le ministre de l'Intérieur ou son représentant; le ministre de Finances ou son représentant; le ministre de l'Éducation nationale ou son représentant. Le médecin-chef de la section antituberculeuse au ministère de la Santé publique était secrétaire-trésorier. Le comité était chargé d'organiser la campagne nationale du timbre antituberculeux et

66 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

avait pour but de promouvoir toute action contribuant à la lutte contre la tuberculose. La composition et les missions de ce comité révèlent que l'idée des pouvoirs publics était de promouvoir la diffusion de l'information sur la tuberculose dans les masses et dans les différents corps de métiers. En somme, l'effort d'une véritable prophylaxie de la tuberculose avait à peine commencé lorsque le Cameroun et le Sénégal accèdent à l'indépendance en 1960, malgré l'apparition d'organisations, de systèmes, qui préfigurent les Programmes nationaux actuels.

2.b. L'hébergement et le traitement des tuberculeux

En l'absence d'un traitement médicamenteux contre la tuberculose au début de l'entreprise coloniale, l'administration française préconisa le rapatriement dans leurs pays d'origine de tous les malades européens. Bien qu'on ait souvent fait allusion aux sanatoria (Martin, 1921, p. 458), à l'instar de celui érigé par les Allemands à Suellaba au début des années 1900 (Zonko Tchakounté, 1999, p. 11) aucun ne fut créé au Cameroun avant les années 1950. La situation n'était guère différente au Sénégal où le projet de création d'un sanatorium à Sébikotane ne fut jamais matérialisé. Cependant, avec l'amélioration de l'infrastructure sanitaire des colonies, les tuberculeux européens commencèrent à être pris en charge sur place. Au Sénégal par exemple, l'hôpital principal de Dakar et l'ambulance du Cap Manuel accueillaient les cas européens nécessitant une hospitalisation (1H25-26). Les tuberculeux indigènes étaient isolés dans les pavillons pour contagieux aménagés dans les formations hospitalières de médecine générale et pris en charge gratuitement sur le budget du territoire et plus tard des communes. Cependant, la plupart de ces infrastructures étant encore au stade postes médicaux dans les années 1920, seuls les malades très amoindris étaient hospitalisés, eu égard à l'insuffisance de lits. Les autres tuberculeux étaient isolés à domicile où ils étaient suivis, à Dakar, par les infirmières-visiteuses. En 1937, l'hôpital indigène de Douala fut doté d'un pavillon pour tuberculeux (RASDN, 1937, p. 130) permettant d'hospitaliser un plus grand nombre de malades.

Il est à noter qu'à ce stade de la colonisation et de l'évolution des recherches médicales sur la tuberculose, les malades étaient isolés surtout pour des raisons de prophylaxie en vue de réduire

la diffusion du bacille de Koch. En fait, les traitements les plus classiques tels que le repos total, la suralimentation, l'huile de foie de morue, etc., étaient peu efficaces. Certes les traitements, tels que la collapsothérapie³ (pratiquée au Cameroun et au Sénégal), pouvaient permettre d'enregistrer quelques résultats, mais dans la plupart de cas la consommation se poursuivait jusqu'à ce que mort s'ensuive. Au Sénégal, la collapsothérapie appliquée en 1934 et 1935 sur certains malades, semblait soutenir leur état général pendant quelque temps, mais son action était brève. En plus, étant donnée la longueur de la cure, rarement celle-ci était menée à bonne fin, le malade prenant naturellement le chemin de son domicile, posant déjà là la question de ce qu'on appellera l'observance des traitements.

Au demeurant, jusqu'au moment où éclate la Deuxième Guerre mondiale, il n'existait, ni au Cameroun ni au Sénégal, d'établissement spécialisé pour l'isolement et le traitement des tuberculeux. Certes, au Cameroun, une très modeste tentative fut faite dans ce sens (avec des matériaux de fortune) en 1937 dans la région de Kribi, mais elle se termina par un échec complet; les quelques malades isolés s'évadèrent les uns après les autres... Si l'on considère que dans les années 1930 et 1940 les médecins croyaient difficilement à la guérison de la tuberculose chez les indigènes, il ne serait pas exagéré de conclure que les hôpitaux étaient de véritables mouiroirs pour les tuberculeux autochtones. L'évolution des statistiques établissant le rapport entre les hospitalisations et les décès, permet de mieux apprécier la situation au Cameroun: parmi les 397 tuberculeux hospitalisés en 1939, l'on enregistra 30% de décès; en 1940, 236 malades, 40,1% de décès; en 1941, 328 malades, 27,9% de décès; en 1942, 372 malades, 29,9% de décès (IMTSSA, 1930-1959). Ces chiffres ne prennent pas en compte les malades qui s'échappaient pour aller mourir dans leur village.

Puis, au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, l'avènement des antibiotiques permettait d'envisager une meilleure prise en charge des victimes de la tuberculose par la mise au point

³ La collapsothérapie est le nom d'un traitement de la tuberculose, utilisé avant l'arrivée des antibiotiques. Par diverses méthodes et consistait à réaliser un affaiblissement du poulmon ainsi que sa mise au repos, l'objectif étant de tuer les bacilles de Koch en les privant d'oxygène.

68 • SIDA ET TUBERCULOSE : LA DOUBLE PEINE ?

d'une thérapie et la construction de centres spécialisés de prise en charge des malades. Au début des années 1950, l'administration française dota les deux villes principales du Cameroun, Douala et Yaoundé, de centres de phtisiologie (IMTSSA, 1957). Celui de Yaoundé comprenait un service de pneumo-phtisiologie de 70 lits à l'Hôpital Central pour les malades évolutifs, un service de phtisiologie pure de 135 lits, à l'hôpital annexe Jamot, pour les malades semi-actifs ou convalescents (il s'agissait là d'un sanatorium) et un dispensaire antituberculeux, dans le quartier de Messa. Certains centres dans l'arrière-pays comme Fort-Fourreau, Maroua, Garoua, Ngaoundéré, Ayos, Bafia, Batouri, Kribi, Dschang, Nkongsamba, Ebolowa, Edéa et Abong-Mbang, étaient dotés d'installations radiologiques et possédaient un certain nombre de lits pour l'hospitalisation des tuberculeux. Au Sénégal, des établissements spécialisés de Dakar (un dispensaire antituberculeux) et Saint-Louis (un centre de traitement actif), auxquels il convient d'ajouter les centres d'entretien de collapsothérapie de Kaolack et Ziguinchor, permettaient surtout le suivi et le traitement des malades à titre externe.

Dans les deux territoires, en fait, il se posa très tôt le problème de l'insuffisance de lits dans les hôpitaux pour l'hospitalisation des tuberculeux. Pour y pallier, l'OMS et l'Union Internationale contre la tuberculose, se fondant sur les conclusions des expériences menées en Inde en 1954, suggérèrent l'institution des traitements ambulatoires. Cette formule incontournable, rendue possible par l'avènement d'antibiotiques antituberculeux, permettait désormais de suivre en externe les malades jadis hospitalisés pour des raisons de prophylaxie. Les traitements ambulatoires furent expérimentés en Afrique dès la deuxième moitié des années 1950. Au Sénégal, après une hospitalisation brève de 2 à 4 mois (dans la possibilité des moyens d'hébergement) pour les traitements d'attaque, la suite de la thérapie se faisait à titre externe. Les malades devaient être vus tous les deux mois, compte tenu de l'insuffisance du personnel médical spécialisé (2 médecins en 1956 au centre de phtisiologie). Mais il arrivait que l'intervalle entre les visites dépasse 70 jours avec l'accroissement du nombre de patients, et il se posait ainsi le problème de leur suivi. La littérature coloniale ne renseigne malheureusement pas sur la fréquence à laquelle les malades

étaient vus en externe. Au Cameroun, cette innovation semblait intervenir à point nommé, car il était devenu impossible d'interne ne serait-ce que la moitié des tuberculeux dans les services qui leur étaient destinés. En effet, le centre de phthisiologie de Yaoundé ne totalisant que 200 lits environ, seulement 385 sur 746 tuberculeux pulmonaires avaient été hospitalisés en 1957; les 361 autres malades furent traités à titre externe. À Douala la même année, sur 984 tuberculeux pulmonaires, 391 furent hospitalisés et 593 suivis en traitement ambulatoire (IMTSSA, 1957).

Les médicaments antibiotiques utilisés dans le traitement de la tuberculose, jusqu'en 1957, étaient la streptomycine, l'isoniazide, le PAS (Acide Para-amino-salicylique) et la pasiniazide; la cyclosérine étant encore à l'essai. Les protocoles de traitement variaient suivant la gravité, le stade de la maladie, ou la réaction du malade au traitement. Dans les formes aiguës on utilisait, tous les jours pendant un mois, le traitement d'attaque par la streptomycine intramusculaire (IM), l'isoniazide et le PAS intraveineux (IV). Les mois suivants, l'on passait au traitement par deux antibiotiques seulement en utilisant, soit l'association streptomycine IM tous les deux jours, puis tous les trois jours, et l'isoniazide tous les jours; soit l'association PAS IV tous les deux jours, par séries de 30 perfusions, avec repos de 8 jours entre les séries, et isoniazide tous les jours. Dans les formes dites moyennes, limitées ou unilatérales, le malade recevait tous les jours, au cours du premier mois, soit la streptomycine IM et l'isoniazide, soit le PAS IV et l'isoniazide. Les mois suivants, le même protocole était appliqué pour les formes aiguës.

Quant à la durée du traitement, bien que devant être la même partout, elle variait suivant que l'on se trouvait au centre (Douala et Yaoundé) ou à la périphérie. Dans les établissements spécialisés de Douala et Yaoundé, le traitement standard était suivi pendant une période de 10 à 12 mois à l'hôpital. Puis, quand le «nettoyage» radiologique était obtenu et les bacilloscopies devenues négatives, le malade était suivi, à titre externe, par le dispensaire et soumis en général au pasiniazide, médicament ambulatoire type. La durée du traitement variait entre 12 et 18 mois. Au Sénégal, la streptomycine fut utilisée à partir de 1948 et c'est en 1953 que l'on passa de la monothérapie à

la trithérapie. Les malades, d'abord pris en charge durant le traitement d'attaque dans les hôpitaux, étaient suivis ensuite par les dispensaires.

Au demeurant, quand le Cameroun français et le Sénégal accèdent à l'indépendance en 1960, le traitement ambulatoire, recommandé comme palliatif à la faiblesse de la capacité hospitalière en Afrique, n'avait pas encore fait ses preuves. Les abandons de traitement, s'expliquant parfois par l'éloignement des centres de prise en charge, la longueur de la cure et l'insuffisance du personnel nécessaire au suivi des malades, ne furent pas rares. Dans les centres non spécialisés, la faible capacité hospitalière ne permettait pas un traitement d'attaque de deux à trois mois en moyenne. Il en résultait évidemment beaucoup d'échecs, de guérisons imparfaites et de rechutes menant à la chronicité du mal. Certains de ces problèmes rencontrés à l'époque coloniale sont toujours d'actualité, notamment l'importante question du suivi du traitement en dehors du milieu hospitalier.

3. Les États indépendants du Cameroun et du Sénégal face à la tuberculose

L'avènement des indépendances africaines eut pour conséquences immédiates la cessation des anciens services de santé coloniaux et la création des ministères de la santé publique dans les anciennes colonies. Passée l'ère des politiques sanitaires coloniales orientées vers la recherche de la main-d'œuvre pour un bon achèvement des programmes coloniaux, les jeunes États africains se devaient de mettre en œuvre des stratégies de santé répondant aux besoins de toutes leurs populations. Il allait s'ensuivre des tentatives d'adaptation des politiques au nouveau contexte, avec une forte intervention des organisations internationales, telle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), présidant désormais à l'élaboration ou à la suggestion des stratégies de santé.

3.a. La question des dépistages et de la vaccination BCG

Avec l'accession des territoires africains à l'indépendance, l'aide financière des anciennes métropoles au développement de l'effort sanitaire dans le continent baissa drastiquement (Elom

Ntouzo'o, 1968, p. 694). Il s'ensuivit donc une longue période de marasme économique dans les jeunes États africains. Cette conjoncture allait sérieusement freiner la vaste offensive lancée contre les grandes endémies au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale.

Sur le plan organisationnel, les élites locales arrivées au pouvoir ne remirent pas immédiatement en question les orientations de santé héritées de l'époque coloniale, d'autant plus que les stratégies de santé étaient toujours définies par les fonctionnaires occidentaux venant, soit d'organisations internationales, soit des anciennes métropoles dans le cadre d'accords d'assistance technique (Tabutin, 1988, p. 343). De surcroît, les Organisations de Coordination et de Coopération de la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE) créées en Afrique Occidentale et en Afrique Centrale étaient dirigées par ces technocrates étrangers. Au Cameroun, comme au Sénégal, l'on continua à fonctionner avec deux services sanitaires juxtaposés : un service médical et un service des grandes endémies (SGE). L'OMS et le Fond International de Secours à l'Enfance (FISE), soutenant la lutte contre les grandes endémies dans les pays en voie de développement (PVD), furent presque toujours les instigateurs des nouvelles orientations de santé. Cependant, la conjoncture économique des jeunes États africains imposant d'opérer un choix, la tuberculose - considérée par la plupart des phthisiologues de l'époque comme relevant beaucoup plus de la clinique que de la santé publique - fut exclue des missions du SGE orienté vers la réalisation de grands programmes verticaux bénéficiant des financements extérieurs et visant, espérait-on, l'éradication des maladies jugées prioritaires comme la variole, le paludisme, la trypanosomiase, la lèpre, etc. (Tabutin, 1988, p. 343). Cette verticalité d'opérations, très souvent imposée par les bailleurs de fonds étrangers, pourrait expliquer en partie la difficulté qu'il y a aujourd'hui - malgré l'importance de la coinfection Tuberculose/VIH - à faire collaborer le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), car les acteurs de l'un n'ont pas toujours d'intérêt pour l'autre.

Sur le plan opérationnel, au Cameroun postcolonial, le rythme de vaccination par le BCG, qui était de 100 000 par an avant

72 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

1962, fut fortement ralenti du fait de la cessation du financement par l'ancienne métropole. En 1964 par exemple, l'on effectua que 25 558 vaccinations BCG (OCCGEAC, 1965, p. 49). La situation était identique au Sénégal où les vaccinations ne se pratiquaient plus que dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ; cela s'explique par une réduction progressive des sommes allouées à la prévention au profit de la médecine curative. S'agissant du dépistage, au Cameroun, le vieillissement des appareils radiologiques pour la prospection des masses et le coût élevé de ces opérations provoquèrent la cessation du dépistage systématique dans les collectivités. Au Sénégal, les autorités essayèrent de préconiser les campagnes de dépistage systématique pour un diagnostic précoce de la tuberculose, mais l'insuffisance des ressources financières empêcha l'extension à l'ensemble de la population de l'action commencée dans la zone pilote de Thiès. Dans les deux pays, outre les malades qui se présentaient dans les formations sanitaires, les dépistages se faisaient aussi à l'occasion des visites périodiques de médecine travail, ou des visites d'aptitude pour les examens officiels, les concours et les titularisations (Kane, 1972, p. 799).

Avec le recul progressif des maladies prioritaires, l'OMS et le FISE commencèrent à s'intéresser activement à la question de la tuberculose dans les jeunes États africains à partir de la deuxième moitié des années 1960. Ces organismes suggérèrent d'intégrer dans les missions du SGE la lutte contre cette pathologie jusque-là confinée dans des services spécialisés. L'idée était surtout de déconcentrer le SGE en créant des services extérieurs dans les départements et de sédentariser une partie de leurs activités. Cette nouvelle configuration devait permettre d'utiliser au maximum le SGE d'une part, et les établissements de médecine rurale d'autre part. En d'autres termes,

il convenait de déplacer la frontière entre Médecine Curative et Médecine Préventive beaucoup plus loin qu'elle n'était pour englober ainsi dans la Médecine de masse tous les dispensaires et les formations sanitaires autres que les hôpitaux. (Elom Ntouzo'o, 1968, pp. 694-695)

L'organisation de coordination pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale (OCEAC), créée en 1964, adhéra à

cette nouvelle orientation et la fit adopter par les États membres à partir de la deuxième moitié des années 1960. Au Cameroun, dès le lancement du 2^e plan quinquennal en 1966, la vaccination par le BCG fut intégrée dans les activités du SGE (OCEAC, 1970, p. 469). En 1967, année qui marque d'ailleurs le début d'un effort soutenu en matière de vaccination, près de 170 000 vaccinations BCG furent effectuées (OCEAC, 1967, p. 56) contre 12 639 en 1966 (OCEAC, 1966, p. 67). Cependant, le BCG était encore une question ignorée au Cameroun occidental (ancien Cameroun britannique). Le décret du 15 octobre 1968 du président de la République fédérale fixa l'organisation structurelle et le fonctionnement organique des formations hospitalières et sanitaires du Cameroun (JORFC, 15 octobre 1968). Cette organisation nouvelle entérina la sédentarisation du SGE - devenu le Service de la médecine préventive et rurale - et transférait à ce service les activités de médecine préventive jusque-là pratiquées par les formations de médecine curative hospitalière.

S'agissant de la diffusion du BCG, elle fut réglementée par un Décret du 15 octobre 1968 fixant les mesures applicables en matière de la santé publique en vue s'assurer la protection de la population contre les maladies transmissibles et instituant une carte sanitaire nationale (JORFC, 1^{er} novembre 1968). Ce texte soumettait à la vaccination par le BCG, sans test tuberculinique préalable, toutes les personnes âgées de 0 à 20 ans. La progression des chiffres fournis par le service de la médecine curative et rurale reflète une nette amélioration de l'effort d'immunisation des populations: 374 185 vaccinations pratiquées en 1968 (OCEAC, 1969, p. 343), 441 585 en 1969 (OCAEC, 1970, pp. 98-103), 466 329 en 1970 (OCEAC, 1970, pp. 98-103). Il convient de noter que, dès 1969, la nouvelle organisation des services sanitaires permit de commencer à faire la vaccination par le BCG au Cameroun occidental. Les chiffres des années 1969 et 1970 concernent les deux États fédérés, mais avec une forte prédominance du Cameroun oriental (environ 4/5 des vaccinations pratiquées).

Au Sénégal, la vaccination par le BCG eut plutôt beaucoup de problèmes à sortir des formations sanitaires fixes pour se greffer dans les activités de la médecine de masse. En 1969, à l'issue de la 9^e conférence de l'OCCGE de l'Afrique de l'Ouest,

74 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

des campagnes de vaccination de masse furent entreprises dans la plupart des États constitutifs. Toutefois, au Sénégal, bien que la nécessité d'une campagne fut à l'ordre du jour et que des études furent menées sur des méthodes simples d'application de la vaccination à des campagnes de masse, l'immunisation continuait à être appliquée par les centres de PMI (Baylet, 1970, p. 203). Nonobstant l'intégration en 1973 de la vaccination par le BCG au Programme Élargi de Vaccination (PEV) (Hane, 2007: 60), son lancement au Sénégal ne fut effectif qu'en 1981; il s'est progressivement étendu à l'ensemble du pays entre 1981 et 1987 (Hane, 2007, p. 604).

Cependant, si la vaccination par le BCG pouvait s'intégrer progressivement dans les activités de médecine préventive et rurale, la question du dépistage était beaucoup plus complexe. En 1970, les responsables de l'OCEAC préconisèrent un dépistage systématique, d'autant plus que l'examen radiologique n'était plus une priorité et que le dépistage par examen bacilloscopique pouvait être effectué par les non spécialistes (OCEAC, 1970, p. 276). De même au Sénégal, on préconisa l'abandon du dépistage radio photographique considéré comme très coûteux au profit d'un dépistage par la méthode bactériologique, d'un faible prix de revient et d'exécution simple à la portée du personnel infirmier local (Brunel *et al.*, 1967, p. 390). L'on songea cependant à former les infirmiers dans toutes les unités, fixes ou mobiles, à la pratique rigoureuse de l'examen bacilloscopique.

La crise pétrolière des années 1972-1974 aggrava les difficultés financières des jeunes États africains. Les effets de cette crise sur les dotations allouées à la santé étaient parfois spectaculaires. On assista donc à une régression du système sanitaire rural au profit des hôpitaux urbains et à la disparition de certains programmes verticaux finançant les campagnes de vaccination et dépistage (Tabutin, 1988, pp. 343-346). Au Sénégal, dès les premiers plans quadriennaux, il apparaît une insuffisance du budget alloué à la santé et cela se répercuta sur les fonds destinés à la lutte contre la tuberculose, à la médecine préventive notamment. Celle-ci, en effet, appelée à prendre le pas sur la médecine curative suivant les objectifs fixés dès l'accession du pays à l'indépendance, ne put véritablement pas se développer.

Le comité OMS d'experts de la tuberculose cernait, en 1974, les grands problèmes de la lutte antituberculeuse en ces termes : « [compte tenu de] l'insuffisance des moyens financiers, matériels (...) il arrive dans de nombreux pays que les défauts de l'infrastructure sanitaire se perpétuent sans être corrigés » (Leowski *et al.*, 1982, p. 14). Il se posait donc là, comme en situation coloniale d'ailleurs, un problème qui est toujours d'actualité : la nécessité de déconcentrer (des villes vers les campagnes) les centres de dépistage de la tuberculose.

Au Sénégal, dès l'indépendance, la nécessité d'une meilleure prise en charge sanitaire du milieu rural fut à l'ordre du jour et ne pouvait passer que par une meilleure dotation des régions de l'intérieur en structures de santé et pavillons pour tuberculeux. Au Cameroun, le 5^e plan quinquennal lancé en 1980-1981, dans le souci de se conformer à l'objectif défini par l'Assemblée Mondiale de la Santé « Santé pour tous en l'an 2000 » et à la nouvelle stratégie arrêtée en 1978 à la conférence d'Alma Ata, stratégie dite des « Soins de santé primaires » (SSP), avait permis de construire quelques dizaines de centre de santé en milieu rural (ministère du Plan et l'Aménagement du territoire, 1986-1991). Cependant, si ces établissements permettaient la pratique de la vaccination par le BCG – c'était d'ailleurs l'une de leurs missions – leur équipement ne permettait pas d'y effectuer le dépistage de la tuberculose. La situation empira davantage avec la crise économique déclenchée en 1987/1988 et la dévaluation du franc CFA survenue dans la première moitié des années 1990. La lutte contre la tuberculose supportée jusque-là par le ministère de la Santé Publique – gratuité de la vaccination, du diagnostic, de l'hospitalisation et du traitement – requerrait désormais le paiement de tous les services. Or pendant ce temps, l'OMS signalait la recrudescence de la tuberculose, même dans les pays développés, imputable à la pandémie de VIH.

3.b. La problématique des traitements

Les autorités coloniales avaient à peine eu le temps de tirer les premières conclusions des traitements essayés en Afrique qu'intervinrent les indépendances. Les gouvernements camerounais et sénégalais, déterminés à poursuivre l'effort entamé par les colonisateurs de relèvement du capital humain du territoire,

76 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

maintinrent la politique de la gratuité des soins, malgré une conjoncture économique difficile. Au Cameroun, en dehors des 600 francs CFA exigés de tous les consultants, le dépistage de la tuberculose et les médicaments antituberculeux étaient gratuits. Cependant, alors qu'on espérait enfin pouvoir agir efficacement sur la tuberculose dans les PVD – avec la mise en évidence des traitements actifs – surgirent des problèmes nouveaux toujours d'actualité d'ailleurs: le besoin d'une formule adéquate pour le suivi des malades et l'apparition des souches résistantes entraînant le problème de la gestion de la chronicité. D'aucuns conclurent même au début des années 1960 que la révolution thérapeutique avait créé plus de problèmes qu'elle n'en avait résolus (Leproux *et al.*, 1963, p. 715).

L'OMS et l'Union Internationale contre la tuberculose se fondant sur les résultats des expériences thérapeutiques menées en Inde dans les années 1950 recommandèrent, comme dans les dernières années de la domination coloniale, le traitement ambulatoire dans les PVD où la capacité hospitalière était très limitée. Dans le cas précis du Cameroun, avec l'accession du pays à l'indépendance, les autorités sanitaires durent approfondir cette expérimentation d'autant plus que le territoire ne disposait que de 400 lits environ (IMTSSA, 1957) pour l'hospitalisation des tuberculeux et que le nombre de ceux-ci augmentait d'année en année: 650 nouveaux cas en 1960, 993 en 1961, 1121 en 1962, 1141 en 1963, 1489 en 1964 (OCCGEAC, 1965: 69). La situation n'était guère différente au Sénégal où environ 800 malades sur 1000 étaient suivis en externe (Kane, 1971, p. 798), faute de lits pour les interner ne fût-ce que pour le traitement d'attaque.

Les résultats des traitements, ambulatoires pour la plupart, furent cependant décevants. Au dispensaire antituberculeux de Yaoundé par exemple, sur 3174 dossiers de malades il y eut 47,1 % de perdus de vue, 20,9 % de guéris et 20,2 % dont l'état fut stabilisé (OCCGEAC, 1965, p. 44). Plusieurs raisons pouvaient expliquer cet état de choses, mais les plus importantes étaient la durée du traitement entraînant très souvent la lassitude chez les malades traités à titre externe ainsi que les longues distances à parcourir pour s'approvisionner en médicaments. La situation n'avait donc véritablement pas évolué par rapport à la

période coloniale. En fait, il se posait là le problème toujours actuel de l'insuffisance et de l'inégale répartition spatiale des infrastructures de prise en charge des tuberculeux.

Cette situation suscita très tôt des interrogations quant à l'applicabilité – à l'ensemble des PVD – des expériences indiennes qui avaient permis de penser qu'il suffisait de remettre à chaque malade une provision suffisante de comprimés d'isoniazide, médicament peu coûteux, pour qu'il se traite lui-même à domicile, et obtenir ainsi des pourcentages étonnants de guérison après un an. En fait, les instances internationales qui recommandaient cette formule semblaient négliger certains paramètres qui furent des conditions *sine qua non* du succès des expériences réalisées en Inde. Ces traitements à domicile avaient nécessité un personnel important et spécialisé, chargé de contrôler les malades chez eux et de les encourager. Or ces conditions n'étaient pas réunies lors du démarrage des traitements ambulatoires en Afrique en général. En outre, il ne s'agissait là que d'expériences limitées ou localisées, n'ayant pas été étendues à des zones plus vastes couvrant un ou plusieurs États de la fédération indienne. Il s'agit là de la question toujours actuelle de la difficulté d'appliquer à l'échelle du pays les résultats d'un projet pilote.

En Afrique Centrale, la plupart des phthisiologues justifiaient plutôt la nécessité d'un traitement hospitalier pendant au moins quelques mois jusqu'à négativation de l'expectoration, avec des doses fortes de trois antituberculeux. Le séjour à l'hôpital devait être mis à profit pour éduquer le malade et lui enseigner la nécessité d'un traitement poursuivi longtemps et régulièrement. Le traitement ambulatoire, ainsi préparé, pouvait donner de bien meilleurs résultats et être limité à la seule isoniazide. Il était cependant difficile d'adopter une telle politique de prise en charge des tuberculeux dans un contexte de pénurie extrême de moyens hospitaliers et de faiblesse des possibilités d'approvisionnement en médicaments antituberculeux. L'OCEAC, consciente de ces handicaps, préconisa le traitement ambulatoire mais précédé d'une hospitalisation de très courte durée (15 à 30 jours) – dans un but principalement éducatif – et non plus prolongée jusqu'à négativation des crachats.

Pour donner plus de chance au traitement ambulatoire, il fallait songer à mettre sur pied une politique sanitaire permettant aux

78 • SIDA ET TUBERCULOSE : LA DOUBLE PEINE ?

malades en milieu rural d'accéder plus facilement aux médicaments et d'être suivis plus efficacement. Au Cameroun, ces préoccupations semblent avoir été prises en compte dans le décret du 15 octobre 1968 fixant l'organisation structurelle et le fonctionnement organique des formations hospitalières et sanitaires du Cameroun.

Suivant les objectifs définis dans ce texte, outre les hôpitaux centraux de Douala et de Yaoundé, déjà dotés de services spécialisés de pneumo-phtisiologie, les hôpitaux régionaux devaient être dotés de pavillons de phtisiologie (JORFC, 1968, p. 1797). À l'échelon du département, l'hôpital départemental, beaucoup plus proche des populations rurales, devait lui aussi disposer d'un pavillon de phtisiologie (JORFC, 1968, p. 1805). Par ailleurs, le dispensaire antituberculeux rattaché au Centre départemental de médecine préventive (CDMP), outre ses attributs courants de consultations externes et de dépistage, était destiné à traiter les malades à titre externe, à exercer une surveillance clinique, radiologique, bactériologique sur les anciens malades, à dépister éventuellement les rechutes, à détenir le fichier des tuberculeux (IMTSSA, 1957). Pour rendre effective la surveillance des malades en zone rurale, les contrôleurs lèpre-tuberculose avaient autorité pour contrôler dans le département les circuits de traitement et les centres fixes publics et privés où les tuberculeux étaient en traitement (JORFC, 1968, pp. 2109-2111). Cependant, des difficultés financières empêchèrent, pour une large part, la matérialisation de cette stratégie. Au Sénégal, par exemple, l'insuffisance des fonds destinés à l'achat de médicaments se traduisit par la rupture des stocks et parfois même l'obligation pour les malades d'acheter les médicaments qui en principe devaient être gratuits.

Des traitements commencés et interrompus entraînèrent d'autres problèmes freinant davantage la lutte contre la tuberculose. Plusieurs malades en fait, ayant arrêté de prendre leurs médicaments de façon précoce, non seulement évoluaient vers la chronicité, mais devenaient des propagateurs dangereux des BK. Pour les cinq pays membres de l'OCEAC, sur 6850 patients qui avaient été mis en traitement ambulatoire en 1969, 5936 ne suivirent pas fidèlement leur traitement (OCEAC, 1970). Au

Sénégal, sur 1000 tuberculeux pris en charge à Dakar, il y avait 36,4% de rechutes (Baylet, 1970, p. 203).

Fallait-il sacrifier les malades devenus chroniques ou devait-on, malgré les difficultés financières, chercher à les soigner de manière à limiter la propagation des BK? Ce fut là la question qui anima les débats et divisa les responsables de lutte contre les grandes endémies en Afrique Centrale lors de la cinquième conférence technique de l'OCEAC tenue en 1970 (OCEAC, 1970, pp. 255-260). Pendant que les uns, tout en reconnaissant la difficulté d'une telle décision, suggéraient de cesser de soigner les malades chroniques et de se concentrer plutôt sur les nouveaux cas (la conjoncture imposait d'opérer un choix), les autres, redoutant les répercussions sociales d'un tel choix (propagation des BK susceptible d'entraîner la contamination des masses), proposèrent de trouver des solutions permettant de les soigner. Cependant, les gouvernements n'avaient pas les moyens permettant de soigner tous les tuberculeux et la qualité de l'aide internationale jusque dans les années 1980 ne permettait pas de tenter quelque chose dans ce sens. La crise économique intervenue en 1987 aggrava l'effondrement du budget national en général, et celui de la santé publique en particulier. La cessation de la gratuité des médicaments au Cameroun fut l'une des conséquences immédiates de cette conjoncture.

3.c. Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose : élaboration précoce, matérialisation tardive

Face à l'insuffisance de ressources budgétaires dans les PVD et dans les territoires sous domination coloniale, l'OMS et l'Union Internationale contre la Tuberculose préconisèrent la recherche et la mise en œuvre de solutions adaptées à leur situation socio-économique. En Inde par exemple, où l'idée des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose fut matérialisée pour la première fois, on comptait à cette époque 1,5 à 2 millions de tuberculeux avérés et 5 à 7 millions de suspects de tuberculose. Pour vaincre cette maladie, il fallait mettre en œuvre des programmes permettant de desservir les 600 000 villages dans lesquels étaient répartis plus de 80% de la population des quinze États de la fédération indienne.

80 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

À partir des expériences conduites dans trois grands centres indiens (Madras, Bangalore et Tumkur), avec l'appui de l'OMS et l'Union Internationale contre la Tuberculose, il apparaissait, entre autres conclusions, que l'on pouvait soigner efficacement les tuberculeux à domicile (traitement ambulatoire), entreprendre la lutte contre la tuberculose à l'échelon national en l'adaptant aux services sanitaires et à l'infrastructure existants et que la participation des collectivités était nécessaire dans la conduite d'un programme antituberculeux. Dès lors, la lutte contre la tuberculose cessait d'être une affaire exclusivement clinique pour devenir une question intéressant la santé publique, au même titre que toutes les autres maladies transmissibles. Cependant, les expériences indiennes, ayant été des programmes «pilotes», avaient pu bénéficier d'une organisation et des moyens permettant d'espérer les résultats attendus. Qu'en a-t-il été dans les deux pays qui nous intéressent?

Au Sénégal, la nécessité d'un programme de lutte contre la tuberculose semble vite avoir retenu l'attention des autorités sénégalaises pour lesquelles cette affection méritait un plus grand intérêt et requérait une meilleure politique de lutte par rapport à l'effort réalisé en période coloniale. En 1962, fut alors créé un comité consultatif pour la tuberculose auprès du ministère de la Santé, l'idée étant d'organiser la lutte antituberculeuse (Brunel *et al.*, 1967, p. 430). En 1963, les pouvoirs publics organisèrent des centres régionaux de dépistage et de traitement ambulatoire (*ibid.*, p. 428). Peu après, dans les prévisions du 2^e plan quadriennal, il fut prévu de mettre en place un programme antituberculeux comportant le dépistage, le traitement et la vaccination par le BCG, avec une zone pilote à Thiès (ministère du Plan et de la Coopération du Sénégal, 1965, p. 244). Il fallait cependant trouver les ressources financières permettant de faire démarrer ce programme. Suite à un accord tripartite signé le 15 septembre 1966, entre le gouvernement du Sénégal, l'OMS et l'Unicef, le «projet Sénégal 19» fut testé dans la région du Cap-Vert (OCCGEAO, 1969, p. 594)⁴. Malheu-

⁴ Le projet Sénégal 19, initié en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, avait pour missions d'assurer la gratuité du traitement des malades, l'immunisation par l'administration du BCG et de mener une surveillance épidémiologique de l'infection tuberculeuse.

reusement, ce projet s'arrêta à la phase pilote car, l'appui de l'OMS et l'Unicef n'étant limité qu'à la logistique (personnel de coordination et matériel), le gouvernement du Sénégal se trouva vite dans l'impossibilité d'en assurer la survie.

Au Cameroun, en revanche, la situation financière du pays ne permit pas de vite envisager une meilleure organisation de la lutte antituberculeuse. Les pouvoirs publics jetèrent leur dévolu sur la vaccination par le BCG, qualifiée de plus aisée et de plus rentable. Cependant, l'idée étant de parvenir à vaincre la tuberculose, il va de soi que ce but ne pouvait être atteint sans la mise sur pied d'une bonne politique de dépistage et de traitement. La réorganisation des services sanitaires du Cameroun en 1968, qui instituait l'articulation de la médecine curative hospitalière et de la médecine préventive et rurale, permit de songer à la déconcentration – des centres urbains vers les zones rurales – du dépistage et du traitement de la tuberculose. Cette maladie, esquivée jusque-là lors des rencontres de l'OCEAC, fut le principal point à l'ordre du jour de la cinquième conférence technique tenue en 1970 (OCEAC, 1970). Il était surtout question de s'accorder sur les grandes lignes des programmes nationaux à mettre sur pied dans les États membres. L'on espérait aussi faire démarrer les programmes immédiatement. Allait-on appliquer à la lettre les recommandations de l'OMS?

Si l'OCEAC était d'accord avec le principe de l'organisation des programmes antituberculeux, elle en avait une perception quelque peu différente de celle de l'OMS. En effet, pendant que cette dernière recommandait la création, au sommet, d'une direction nationale constituée par le conseiller OMS et son homologue national, l'OCEAC estimait plutôt que la lutte contre la tuberculose devait revenir à l'autorité qui était chargée de la lutte contre les autres maladies transmissibles, par exemple le Directeur de la santé publique. La tuberculose étant désormais perçue comme un problème de santé publique, fut recommandée la création d'une section antituberculeuse à la Direction de la santé publique, pour conseiller le Directeur, surveiller le déroulement du programme et diriger l'éventuelle équipe de supervision. Il devait exister entre le centre (la direction) et la périphérie, des échelons intermédiaires. C'est sur ceux-ci qu'allait reposer le succès de la lutte antituberculeuse car ils devaient faire

82 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

appliquer sur le terrain les directives centrales (OCEAC, 1970, p. 270). Ce débat sur le statut institutionnel des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles dans les pays d'Afrique noire est toujours actuel et pourrait expliquer, du moins en partie, la difficulté à faire collaborer le PNLT et le PNLs au Cameroun; car chacune des deux structures fonctionne de façon verticale comme une direction à part entière (jadis dénoncée par l'OCEAC) (voir le chapitre suivant).

Un autre point sur lequel l'OMS et l'OCEAC ne s'accordaient pas, portait sur la manière de lancer le programme antituberculeux. En fait, pendant que la première recommandait d'abord de développer dans des zones pilotes, la position de l'OCEAC était tout à fait différente. La première raison tenait au fait que la zone pilote bénéficiant toujours de moyens beaucoup plus importants et peaufinés que le reste du pays, ses résultats sont le plus souvent inapplicables aux autres localités. Ensuite, envisager de commencer par une zone pilote supposait qu'il fallait attendre encore deux ans minimum avant de pouvoir étendre le programme à l'ensemble du pays. Or, cela représentait de nombreux morts et de nombreux nouveaux malades à leur tour contagieux. Tenant compte de ces paramètres, l'OCEAC recommanda plutôt aux pays membres de lancer immédiatement la lutte antituberculeuse sur toute ou partie de l'étendue des territoires selon les possibilités avec, dans chacun d'eux, une éventuelle zone spéciale dans laquelle différents schémas pouvaient être essayés et comparés. Au bout de deux ans d'activités, le meilleur devait alors être choisi et étendu aux autres zones, sans qu'il ait été nécessaire d'attendre.

Il revenait dès lors à chaque pays d'adapter le programme antituberculeux à son organisation sanitaire. Au niveau central, la lutte contre la tuberculose au Cameroun fut couplée à la lutte contre la lèpre, les deux placées sous un organe appelé Bureau Lèpre-Tuberculose⁵. Cependant, comme pendant les années du SGE, ce fut la vaccination par le BCG qui obtint facilement son insertion dans la nouvelle configuration des services sanitaires réorganisés en 1968. Quant au dépistage et au traitement, ils

⁵ Ce Bureau fut rattaché d'abord à la direction de la médecine préventive et rurale, ensuite à la direction de la médecine communautaire du ministère de la Santé publique.

étaient tributaires, d'une part de l'extension de l'infrastructure sanitaire du pays jusqu'en zone rurale, d'autre part du personnel requis pour l'animation de cette infrastructure, l'approvisionnement et le suivi des malades placés en traitement ambulatoire. La conjoncture économique ne permettant pas de remplir ces préalables, le gouvernement opta plutôt pour le renforcement des moyens des formations sanitaires des centres urbains d'autant plus que la réorganisation des services sanitaires de 1968 prévoyait la construction de pavillons de phthisiologie dans tous les hôpitaux régionaux. Plusieurs des CDMP (Centre départemental de médecine préventive), correspondant aux dispensaires, ne disposaient pas toujours de personnel et de moyens d'investigation permettant de diagnostiquer la tuberculose. Ce manque de fiabilité des établissements sanitaires périphériques eut pour conséquence de drainer la plupart des malades dans les principaux centres urbains, mieux équipés.

Au début des années 1980, l'OMS signalait l'échec de toutes les stratégies de lutte contre la tuberculose essayées dans les PVD. Cet échec fut imputé à l'insuffisance des ressources financières et au manque de volonté politique, ayant empêché la mise en œuvre d'une bonne politique de dépistage et de traitement à l'échelon national. Or ces deux aspects (dépistage et traitement), longtemps négligés au profit de la vaccination⁶, apparaissaient au début des années 1980 comme l'arme la plus efficace de la lutte antituberculeuse. Ils avaient en effet entraîné 7 à 8% de diminution, par année, du risque d'infection dans les pays industrialisés. Dans la plupart des PVD, en revanche, la tendance du risque d'infection tuberculeuse était demeurée pratiquement constante (Nkinda, 1982, p. 23).

Pour pallier le problème, les PVD devaient modifier fondamentalement leurs systèmes de prestation des soins et se tourner vers la stratégie de Soins de santé primaire (SSP) définie à la Conférence d'Alma Ata en 1978.

Au Sénégal, malgré un contexte économique difficile, un Programme National de Lutte contre la Tuberculose fut lancé en 1985. Le Programme s'inscrivait dans le cadre d'un accord

⁶ Pourtant, on s'était vite rendu compte que la vaccination par le BCG ne protégeait pas à 100%.

84 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

entre le Sénégal et la Norvège par le biais de la LHL qui en assurait le financement. Au Cameroun, les activités de lutte contre la tuberculose, au sein du bureau Lèpre-Tuberculose cessèrent en 1987, année au cours de laquelle le pays commença à sombrer dans une crise économique qui allait traverser les années 1990. On assista même – nous l'avons dit – à la cessation de la gratuité des médicaments. À cela venaient s'ajouter d'autres défis de santé, tels que le VIH/SIDA, tout aussi préoccupants que la tuberculose.

En somme, les difficultés financières empêchèrent, du moins pour une bonne part, la mise en place des systèmes de santé bien organisés et sur lesquels pouvaient démarrer les programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles dans les jeunes États africains. Au Cameroun par exemple, le sida, apparu au début des années 1980 a pu bénéficier dans la même décennie, grâce à une grande mobilisation internationale, d'un programme national de lutte. La tuberculose, quoique très ancienne, a dû attendre la deuxième moitié des années 1990 pour se voir attribuer un programme⁷, initiative du ministère de la Santé publique. Ainsi, les genèses même de ces deux structures (PNLS et PNLT) peuvent expliquer la difficulté qu'il y a à les rapprocher malgré la situation de la coinfection; car, pendant que le premier justifie d'une multiplicité d'acteurs difficilement contrôlables par le ministère de la Santé publique, le deuxième repose essentiellement sur celui-ci.

4. Conclusion

Il découle de ce regard historique qu'au Cameroun comme au Sénégal – en situation coloniale et d'après l'indépendance – la lutte contre la tuberculose a rencontré nombre de difficultés dont certaines sont toujours actuelles. Le premier problème concerne,

⁷ Le Programme national de lutte contre la tuberculose fut lancé au Cameroun en 1996, par le ministère de la Santé publique avec entre autres objectifs: apporter à tous les malades tuberculeux des soins efficaces et adaptés à leurs conditions socio-économiques; prendre en charge les malades; approvisionner les formations sanitaires en médicaments essentiels antituberculeux; prévenir la maladie par le dépistage précoce et la guérison des cas de tuberculose bacillaire, la vaccination au BCG; former (recycler) le personnel de santé à la prise en charge des cas tuberculeux.

d'une part, les stratégies pouvant profiter à toute l'étendue du territoire, d'autre part, les structures (création et répartition spatiale) et les moyens techniques requis pour une prise en charge efficace de la tuberculose. Dans les deux situations, coloniale et postcoloniale, tandis que les principales villes (rarement plus de deux) concentraient l'essentiel des structures et de l'équipement, les régions périphériques se contentaient, lorsqu'il en existait, de moyens dérisoires. Cette défaillance logistique pouvait expliquer, du moins en partie, la persistance de la tuberculose: du fait de l'éloignement des centres de prise en charge, de nombreux enfants naissaient en milieu rural sans être vaccinés, des tuberculeux n'étaient pas dépistés à temps et on enregistrerait un nombre important d'abandons de traitement, surtout lorsque les malades commençaient à se sentir mieux.

Une autre difficulté de la lutte antituberculeuse qui persiste toujours, et qui pourrait éclairer les problèmes de la prise en charge croisée de la coinfection VIH/tuberculose, renvoie aux rapports anciens à la tuberculose des professionnels et des gestionnaires de la santé qui ne faisaient pas toujours de cette pathologie une question prioritaire de santé publique. En d'autres termes, la tuberculose longtemps considérée comme relevant beaucoup plus de la clinique que de la santé publique, s'est insérée très péniblement dans les organismes et les stratégies de lutte contre les maladies transmissibles, même si des raisons financières ont toujours été évoquées pour justifier la situation. De son côté, le sida a très vite été perçu comme un problème de santé publique majeur, tant au niveau local qu'au niveau international. Ainsi, ces considérations faisant du sida une question plus importante que la tuberculose, peuvent freiner le rapprochement entre les organismes s'occupant de l'une ou l'autre maladie. Cela aide à comprendre les effets de la verticalité des Programmes de lutte contre le sida et la tuberculose au Cameroun et au Sénégal et la difficulté à établir une plate-forme favorisant leur collaboration. Voyons maintenant comment cette situation se matérialise, aujourd'hui, au niveau institutionnel.

●

Chapitre 3

La structuration des institutions de lutte contre la tuberculose et le sida au Sénégal et au Cameroun:

La prise en compte de la coinfection



*Fatoumata HANE, Antoine SOCPA, Laurent VIDAL,
Christopher KUABAN*

1. Introduction

Du fait de l'impact de la tuberculose sur la morbidité due au VIH, la nécessité de penser et d'articuler une prise en charge conjointe des deux pathologies est de plus en plus présentée comme une urgence. Ainsi, au niveau international, on observe une multiplication des incitations à la mise en place de luttes conjointes contre le VIH et la tuberculose, aussi bien au niveau de la structuration des programmes que du point de vue des actions de prévention et des modalités d'accès aux traitements (OMS, 2004; Stop TB, 2006-a et -b). Parallèlement à ces injonctions internationales et nationales à l'échelle des pays, au niveau local, les structures de santé sont confrontées au quotidien aux infections opportunistes au VIH au rang desquelles la tuberculose apparaît comme la plus fréquente. En effet, les rapports de situation des organisations internationales tendent à montrer que l'accroissement de 10% par an du risque de tuberculose chez les personnes infectées par le VIH affecte gravement la menace de santé publique que pose la coinfection tuberculose/VIH. Cette situation est d'autant plus alarmante parce qu'exacerbée par le développement des tuberculoses à bacilles multi résistants (OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2008).

88 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

Cependant, malgré le fait que la tuberculose et le VIH soient perçus comme des problèmes de santé publique dont il faut réaligner l'articulation des prises en charge, chacun des programmes de lutte contre ces deux pathologies s'est développé selon une culture organisationnelle et donc une histoire bien spécifique, comme nous venons de le voir. Développements historiques et organisationnels qui affectent les processus de structuration conjointe et les modes de collaboration en cours au Sénégal et au Cameroun.

L'objectif de ce chapitre est donc de décrire la structuration institutionnelle de la prise en charge de la tuberculose et du VIH dans deux pays aux profils épidémiologiques différents et aux histoires sanitaires variées, en mettant en lumière les situations susceptible de contrarier leur rapprochement.

2. Structuration des luttes contre la tuberculose et le sida au Sénégal et au Cameroun

2.1. *L'expérience sénégalaise*

Dès l'apparition des premiers cas de VIH au Sénégal en 1986, un comité de lutte contre le sida fut mis en place. Cette initiative constituait une réponse institutionnelle précoce à cette pandémie. Ce comité fut rapidement érigé en Programme national de lutte contre le sida (PNLS) placé sous la tutelle du ministère de la Santé. En 2000, la création du Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) à la place du PNLS traduit un changement dans l'approche qui a été jusqu'ici mise en œuvre. Le CNLS, directement rattaché aux services du Premier ministre (la Primature), a pour objectif de planifier une approche multisectorielle de la prise en charge du VIH. La Division de lutte contre le sida et les IST (DLSI), structure créée en 2002 et intégrée à la Direction de la Santé (au sein du ministère de la Santé), est, elle, chargée de coordonner et de mettre en œuvre la politique nationale de lutte contre le sida et est le représentant du ministère auprès du CNLS. Le CNLS coordonne les stratégies de lutte contre le sida et la DLSI a pour mission d'exécuter des activités de prévention et de prise en charge du sida. Ce que résume ce responsable :

Le CNLS est logé à la primature pour permettre une collaboration avec les autres ministères, il assure le secrétariat exécutif et élabore le plan stratégique alors que la DLSI est sous tutelle du ministère de la Santé qui a en charge l'exécution de ce plan et gère les volets prévention et prise en charge notamment à travers la définition des protocoles de prises en charge, assure le système d'approvisionnement, le counselling, etc.

Malgré une volonté d'autonomie et de démarcation des deux structures, on note un dispositif institutionnel dont la complexité est renforcée par la pluralité des acteurs, publics et privés, qui interviennent dans la prise en charge du sida au Sénégal du fait de sa dimension multisectorielle.

Ce dispositif met donc en évidence deux instances centrales dans la définition et la mise en œuvre des politiques de lutte contre le VIH. Même si les responsabilités de l'une et de l'autre sont bien définies dans les textes, le niveau de tutelle différent (le CNLS est sous la tutelle de la Primature alors que la DLSI est sous celle du ministère de la Santé) rend difficile la définition d'un cadre de collaboration où seraient clairement transcrits les rôles de chaque structure notamment quand il s'agit de définition des mécanismes institutionnels de gestion des coinfections, comme celle de la tuberculose et du VIH. En outre, la DLSI tente de se démarquer et revendique son autonomie vis-à-vis du CNLS. Ce qui peut déboucher sur de possibles conflits de compétences et des chevauchements dans les rôles et activités «le secrétaire exécutif du CNLS pense que la DLSI est sous sa responsabilité mais nous n'avons pas de lien de subordination avec eux, c'est pour cela qu'on ne s'entendait pas», explique ce responsable. Selon certains acteurs du VIH, la volonté de faire du PNLIS une division répondait à la volonté du ministre d'alors de réduire le pouvoir du secrétaire exécutif et de contrôler ses actions. Cette démarche n'a abouti *in fine* qu'à la création de la DLSI dont les missions semblent se chevaucher avec celles du CNLS. D'ailleurs, le premier coordonnateur qui sera nommé à ce poste sera critiqué par certains acteurs: «il ne connaissait rien au sida, il ne savait pas s'y prendre sur la gestion des ruptures et autres problèmes d'ailleurs. Il nous bloquait plus qu'autre chose».

90 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

En ce qui concerne la lutte contre la tuberculose au Sénégal, elle est structurée autour du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) qui existe depuis 1985. Jusqu'à un passé récent, l'organisation de la structure s'établissait comme suit: elle était constituée autour d'une Unité Centrale de Coordination avec à sa tête un Coordinateur national, assisté d'un Superviseur national, du Responsable du Laboratoire national de référence et d'un Directeur de l'Approvisionnement et des Finances. Lors de la revue externe du PNT de 2006, un besoin en renforcement de personnel pour le programme avait été exprimé. L'affectation de deux pharmaciens, d'un médecin, et de deux techniciens au programme découle de cette demande. Un nouvel organigramme s'imposait et la structuration actuelle fait apparaître plusieurs types d'activités répartis dans 6 Bureaux composés chacun d'au moins deux points focaux. Sous l'impulsion du Fonds mondial¹ et de la nécessité de développer des collaborations avec le programme VIH, il s'est progressivement doté d'un chargé de communication, d'un responsable de suivi-évaluation, d'un pharmacien chargé de l'approvisionnement et, depuis septembre 2007, d'un responsable de la prise en charge qui s'occupe aussi de la coinfection tuberculose/VIH. Cet organigramme correspond en nombre de bureaux à celui de la DLSI qui compte quatre bureaux en plus de l'équipe de coordination: suivi-évaluation, prise en charge, PTME et approvisionnement. Il convient de préciser que le PNT est un programme qui a longtemps fonctionné comme un «club» fermé et marginal dans le système de santé, et qui a connu des tensions internes au point où – en ce qui concerne la prise en charge croisée de la tuberculose et du VIH –, un de ses bailleurs, maître d'œuvre de la composante TB²-VIH, a, d'après un professionnel,

Commis un expert dont la mission est d'établir un team building afin de régler les problèmes internes au PNT avant de pouvoir penser à une collaboration avec les autres programmes.

¹ Pour «Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et la paludisme», organisme des Nations unies de financement de la lutte contre ces trois maladies, créé en 2002.

² Nous utiliserons indifféremment les mots «tuberculose» et «TB» (celui-ci, fréquemment utilisé en anglais, est de plus en plus admis en français).

Les activités tournant autour de l'approvisionnement et la gestion de stocks, de même que celles concernant la prise en charge, logées auparavant au sein du service administratif, sont maintenant conduites par deux bureaux distincts. Le Bureau « prise en charge » constitue aussi le point focal TB/VIH. La nécessité d'inscrire des activités de prise en charge de la coinfection TB/VIH a été formalisée en 2007 notamment avec l'éligibilité du PNT au Fonds mondial pour la lutte contre la Tuberculose, le Sida et le Paludisme et le partenariat avec FHI (Family health international) qui a signé des « Lettre d'accord » avec les districts et participe au financement d'activités autour de la tuberculose et du VIH.

Il apparaît clairement que, du point de vue de la structuration institutionnelle, les programmes Tuberculose et Sida ont été mis en place à peu près en même temps au Sénégal – le PNT en 1985 et le PNLS en 1986 – mais via des processus assez différents. S'agissant de la tuberculose, la création du PNT au Sénégal a été portée par une association (l'ASLAT) – qui en sera plus tard écartée – et financé par des bailleurs extérieurs particulièrement la LHL (une association norvégienne) qui commence à se désengager. Le gouvernement sénégalais a pris le relais notamment pour des dépenses concernant la commande des médicaments ainsi que leur gestion. Pour ce qui est du sida, le gouvernement s'est appuyé sur les partenaires au développement pour mettre en place le PNLS; alors qu'au Sénégal, le PNLS a été mis en place par des professionnels de santé mais ne pouvant prendre en charge que des MST et d'autres pathologies aujourd'hui appelées infections opportunistes ou pathologies liées au VIH. Son action se limitait essentiellement à des activités de prévention du fait de l'indisponibilité des traitements ARV.

L'arrivée des traitements ARV fait suite à des projets de recherche mis en place pour lever les controverses autour de l'observance des patients africains, source de tensions entre acteurs au nord et au sud. Les résultats de ces études ont donné lieu à la mise en place de l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV). À côté de ces dynamiques scientifiques s'est développée une activité militante assez forte, aussi bien au Sénégal qu'au Cameroun, se traduisant par le plaidoyer et le lobbying autour du droit à l'accès aux traitements dans les pays

92 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

du Sud. Ce qui a contribué au développement de partenariats multiples entre différents acteurs (société civile, secteur privé, communautaires, etc.), démarche particulière et originale dans la prise en charge d'une maladie. En effet, contrairement au VIH, la lutte contre tuberculose au Sénégal avec son unique bailleur et son approche verticale fonctionnait en vase clos à la fois autonome et marginalisé dans les politiques sanitaires et publiques.

Malgré cet attelage institutionnel, les enjeux économiques et politiques que peuvent engendrer la prise en charge du sida, on remarquera une certaine stabilité à la tête de l'institution qu'est le CNLS: c'est le même secrétaire exécutif depuis ces nombreuses années, soutenu par des lobbys forts et des partenariats importants aussi bien au niveau national qu'international. De même, la DLSI n'a changé qu'une seule fois de coordonnateur en six ans d'existence. Au PNT, par contre, le poste de coordonnateur semble soumis aux aléas politiques... ou plutôt clientélistes. Depuis la création du PNT, pas moins de sept coordonnateurs ont été nommés, souvent en fonction de leur proximité avec leur ministre de la Santé qui ne cesse lui aussi de changer au gré des remaniements et autres réaménagements au sein du gouvernement. De ce point de vue, la grande mobilité des acteurs et les différences dans les modes de gestion des programmes peuvent apparaître comme de possibles entraves à la mise sur pied d'un cadre institutionnel de lutte contre la coinfection tuberculose/VIH.

2.2. L'expérience camerounaise

Le champ de lutte contre la tuberculose et le VIH a connu au Cameroun des avancées considérables. Aujourd'hui, les dispositifs et les cadres formels sont de mieux en mieux structurés, ceci grâce à l'apport déterminant des agences et des coopérations internationales. Les acteurs nationaux (au premier rang desquels le ministère de la Santé publique, MSP) ont inscrit les réponses de lutte contre les deux pandémies dans une logique de décentralisation, même si celle-ci manque encore de visibilité sur le terrain. À cette décentralisation du PNLT et du PNLIS, s'est ajoutée, ces deux dernières années, la contrainte d'une prise en charge croisée TB/VIH. Les acteurs des deux

programmes doivent désormais organiser des collaborations et des passerelles formelles aussi bien au niveau des structures centrales qu'au niveau des CDT (Centres de dépistage et de traitement de la tuberculose) et des UPEC (Unités de prise en charge du VIH). Cette tâche nouvelle et urgente, exige pourtant des moyens humains, matériels, techniques... en quantité et surtout de qualité.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) a été créé en 1985. Placé sous la présidence du ministre de la Santé Publique, il a toujours été « multisectoriel » dans la mesure où il comprend des représentants des divers ministères concernés par la question du sida. Il a pour missions de définir la politique générale de lutte contre cette maladie et d'en fixer les grandes orientations et les principaux objectifs. Rentrent, donc, dans ses activités, la coordination, l'harmonisation et le suivi des activités des différents partenaires, des différents programmes en rapport avec les différents aspects de la lutte contre cette maladie ; les interventions des départements ministériels et autres institutions nationales et internationales impliquées dans la lutte, ainsi que, entre autres, la recherche des financements et aides indispensables aux activités de lutte contre le sida. Le CNLS a subi plusieurs réorganisations de ses organes de gestion, le principal étant le Groupe technique central (GTC), créé en 2002. Comprenant différentes sections ou services (suivi et évaluation, appui à la réponse santé, communication pour le changement de comportement, réponse locale et réponse sectorielle, partenariat, administration, finance) il est dirigé par un Secrétaire permanent.

Au niveau régional, le CNLS est représenté par les Comités régionaux de lutte contre le sida qui ont, logiquement, pour organes d'exécution à cette échelle les Groupes techniques régionaux. Le niveau central a donc la primauté absolue sur la conception des programmes et des décisions en matière de lutte contre le sida au Cameroun. Il est soutenu par le niveau régional, qui se charge d'appliquer les décisions en des opérations concrètes à exécuter au niveau du district de santé.

S'agissant de la tuberculose, jusqu'en 1987 existait un programme de lutte qui est tombé en désuétude suite à la crise économique qui toucha le Cameroun. Ce programme est

94 • SIDA ET TUBERCULOSE : LA DOUBLE PEINE ?

réorganisé en 1996, avec l'appui de bailleurs de fonds étrangers (Union européenne, coopérations français et allemande, etc.) et sous l'égide d'un « Bureau tuberculose » rattaché à la Direction de la médecine communautaire du ministère de la Santé. Ceci jusqu'en 2002, date à laquelle est créé le CNLT (Comité National de Lutte contre la Tuberculose) dont la mission principale est la définition des politiques, des grandes orientations et des objectifs généraux de lutte contre la tuberculose, ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires, la coordination et l'harmonisation des différents points ou activités du plan d'action. Le CNLT porte donc un programme de lutte contre la tuberculose – entendu ici comme ensemble d'activités – dont l'organe d'exécution est le GTC (Groupe technique central), ceci sur le modèle de la lutte contre le sida. C'est lui qui assure de fait la coordination et la gestion des activités suivantes : surveillance épidémiologique, recherche et formation, communication et mobilisation, suivi et évaluation, administration et finances... sur l'ensemble du territoire national.

Ajoutons que le CNLT est théoriquement soutenu par un Comité scientifique consultatif (CSC), qui ne s'est jamais réuni, et qui est chargé d'analyser les questions scientifiques relatives à la lutte contre la tuberculose, d'approuver les résultats des recherches menées afin de donner au CNLT des évidences scientifiques pour d'éventuels aménagements de la lutte contre cette maladie.

Au niveau régional se trouve l'Unité régionale de lutte contre la tuberculose (URLT), dont les missions principales sont d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre des politiques définies par le GTC.

Sur le plan institutionnel donc, au Cameroun, CNLT et CNLS sont rattaché au cabinet du ministre de la Santé : c'est au sein de ce même ministère que se loge la « Direction de la lutte contre la maladie » (DLM) composée notamment de deux sous-directions : l'une chargée de la lutte contre le sida, la seconde de la lutte contre les « autres maladies endémiques ». Et c'est au sein de cette dernière que se trouve un « Service tuberculose ». Le premier responsable de ce service était aussi le « Point focal Tuberculose-VIH » (cf. ci-dessous) : ayant été promu responsable

de la sous-direction « Autres maladies endémiques », le « Point focal » s'est ipso facto déplacé à cet échelon.

Si l'on devait effectuer des comparaisons entre les deux pays, nous dirions tout d'abord que les CNLS ont des tutelles différentes : la Premier ministre au Sénégal et le ministre de la Santé au Cameroun. Ensuite les organes d'exécution (DLSI dans un cas, GTC dans l'autre) ont les mêmes fonctions dans la mise en œuvre pratique de lutte contre le sida. De même, en matière de lutte contre la tuberculose, les missions du PNT, au Sénégal, et du CNLT, au Cameroun sont les mêmes : relayées sur le terrain par deux structures d'exécution de la politique qu'ils ont définies, l'UCC au Sénégal et le GTC au Cameroun.

3. Croisements des prises en charge TB/VIH : prémisses de rapprochements et formes de collaboration

Sur le plan des collaborations, au Sénégal pendant plus de vingt ans les programmes tuberculose et VIH se sont côtoyés tout en s'ignorant. Depuis lors, le pays a manifesté sa volonté de conduire des actions conjointes contre la coinfection tuberculose/VIH. Comme l'explique un médecin, acteur du VIH :

En 2003-2004 il y a eu saisine du ministre de la Santé pour un comité de réflexion, working group autour de la prise en charge de TB/VIH. Les gens de tuberculose pensaient que ce serait un troisième programme alors que moi je proposais juste un groupe de réflexion pour savoir ce qui peut se faire en matière de tuberculose et en matière de VIH.

La mise sur pied d'un cadre de concertation qui regroupe le PNT, le CNLS et la DLSI, ainsi que d'un comité TB/VIH sous la responsabilité du directeur de la santé l'attestent. Au niveau des programmes, la question de la coinfection figure dans les plans stratégiques de lutte contre ces maladies. Il est rappelé qu'une proposition de dépistage du VIH doit systématiquement être faite aux tuberculeux. Par ailleurs, chaque programme se dit intéressé par un échange d'expériences. Certaines approches développées dans le cadre du VIH intéressent la tuberculose et inversement, la tuberculose aimerait mettre en œuvre des stratégies mises en

96 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

place dans le cadre de la lutte contre le VIH. Par exemple, pour une meilleure application et une généralisation du Traitement Directement Observé (TDO), le programme tuberculose voudrait s'inspirer de ce qui est fait dans l'approche communautaire par les associations dans la prise en charge du VIH. Inversement, du côté du programme de lutte contre le sida, c'est l'expérience de la décentralisation du traitement de la tuberculose dans les centres et postes de santé qu'il souhaiterait reproduire.

Selon la responsable de la prise en charge du VIH, l'option du Sénégal pour la prise en charge croisée TB/VIH est celle de la mise en place d'un cadre de concertation « au sens de mécanisme souple d'échanges et de discussions pouvant permettre de mener des activités conjointes comme la revue semestrielle des données, les supervisions intégrées TB/VIH, etc. ». Chacun des programmes tuberculose et VIH a alors désigné un point focal TB/VIH pour faciliter les échanges entre programmes et animer le cadre de concertation. Cependant, ces initiatives sont limitées dans leur exécution pratique, les recommandations émises dans ces documents ne sont pas toujours mises en œuvre. Cela résulterait du fait que les objectifs ou plutôt les contenus ou les modalités de ces rapprochements ne sont pas clairement définis. Certains parlent d'intégration des deux programmes dans la définition commune d'activités conjointes à mener. Comme le dit un responsable de la DLSI :

Pour ce qui est de la coinfection tuberculose/VIH, nous proposons des supervisions intégrées et la formation des personnels. Nous avons tenu à cet effet une première réunion et prévoyons des réunions trimestrielles avec les médecins de district, nous voulons former toutes les régions et organiser des réunions mensuelles. Nous en sommes au processus de validation des outils.

L'indisponibilité des acteurs œuvrant au sein de ces programmes ne favorise pas l'élaboration d'un cadre de coordination. Le respect de l'agenda institué dans ce sens pose problème. En effet, après six mois d'existence, ce comité n'avait eu qu'une seule réunion à son actif. La seconde rencontre, prévue en octobre 2007, s'est tenue en mai 2008. Cette difficulté à harmoniser un cadre de travail commun renseigne sur le degré de cloisonnement de ces programmes, habitués depuis leur institution à

fonctionner suivant des calendriers et des logiques propres. La frilosité du PNT à s'ouvrir à d'autres programmes et d'autres acteurs a été particulièrement relevée par les responsables des organismes nationaux et internationaux selon lesquels ce programme, jusqu'à une période récente, a toujours fonctionné dans une totale autonomie et dans une «quasi-autarcie». Aussi bien au ministère de la Santé qu'à l'OMS, la capacité du PNT à gérer les financements du Fonds mondial auquel il était éligible est mise en doute. Ils déclarent unanimement :

Le PNT a un défi à relever, pas seulement pour eux d'ailleurs, parce que le Fonds mondial engage le Sénégal. Ils ont donc intérêt à réussir. Il leur faut aussi plus de ressources humaines surtout pour la gestion financière. Ils ne sont pas habitués à gérer de tels fonds, ils ont toujours tourné avec des petits budgets qu'ils n'arrivaient même pas à dépenser !

Par ailleurs, les contestations sur les modes de gestion adoptés par la DLSI (par ailleurs l'organisateur de cette unité de coordination), qui ne semblent pas avoir tenu compte de ceux du PNT, laissent entrevoir des problèmes de communication et de concertation. De possibles désaccords pourraient découler de cette situation, comme le montrent les propos de ce membre du PNT :

Au cours de la réunion, ils nous ont présenté des modèles de rapport différents des nôtres. Vous savez, au PNT, on est très en avance par rapport à cela. S'il y a un programme bien structuré par rapport à la gestion de l'information, c'est bien le PNT. Là où nous avons des fiches où des rapports semestriels, eux ils essaient de sortir des rapports mensuels avec d'autres items qui ne nous intéressent pas.

Précisons qu'à la fin de notre enquête de terrain, un consensus a été établi sur la collecte des données et les programmes Tuberculose et Sida présentent une revue semestrielle conjointe des données. Ce qui constitue une avancée significative dans la mise en place de passerelles de collaboration. En effet, ces revues sont aussi des moments permettant aux acteurs au niveau périphérique de poser les contraintes liées à la prise en charge d'une des deux pathologies et de la coinfection.

98 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

Le fait, pour un programme, de ne pas penser l'autre maladie existait au Cameroun. Mais le CNLT a toutefois été plus actif dans la prise en compte du sida que ne l'a été le CNLS dans celle de la tuberculose. Ce fut un des facteurs expliquant l'échec de la demande de financement de la lutte contre le sida au Round 9 de financement du Fonds mondial³. Une évolution dans le dialogue entre programmes se repère avec la création du « Point focal TB-VIH », ceci sous la pression des bailleurs internationaux. Ses missions consistent à s'assurer la disponibilité des intrants pour le dépistage systématique du VIH chez les malades tuberculeux dans les CDT et les UPEC; mais aussi de vérifier que le diagnostic précoce de la tuberculose chez les PVVS est fait. Ceci étant dit, la difficulté majeure du « Point focal » réside dans le fait qu'il n'a pas de statut clairement défini par les textes, sachant qu'il rend compte à son supérieur – le Directeur de la lutte contre la maladie (DLM) – et que les programmes de lutte contre la tuberculose et le sida dont il est censé rapprocher les activités sont rattachés au ministre de la Santé qui est... le supérieur du DLM. Donc des niveaux de hiérarchie différents, nettement en défaveur du « Point focal » qui n'a aucune autorité sur les responsables des luttes contre le sida et la tuberculose. Ce qu'exprime incidemment celui-ci :

La planification connaît des difficultés, là on doit reconnaître que ce n'est pas encore fait parce que les deux programmes ont évolué jusque là en tant que programmes individuels. Moi je planifie les activités des deux côtés comme point focal de la coinfection (...) mais il n'y a pas encore une plate-forme. Bon! Mais il y a des recherches dessus, une étude menée par la DROSS [la Division de la recherche opérationnelle en santé] estime que cette planification conjointe nécessite un niveau d'intervention plus supérieur, une tête qui coiffe les deux, les deux [PNLS et PNLT] sont au même niveau. Bon le point focal n'est même pas le chef de ces programmes. On espère qu'avec le temps, peut être on trouvera un moyen pour pouvoir vraiment nous implanter comme point focal...

³ On appelle « Round » les appels à proposition ouverts par le Fonds mondial et auxquels les pays répondent en demandant des financements pour les luttes contre le sida, la tuberculose ou le paludisme. Il y en a en général un par an.

Les difficultés plus générales de dialogue entre les deux programmes au niveau central se retrouvent naturellement au niveau des structures régionales, où chaque responsable de l'URLS ou de l'URLT privilégie les connexions avec des cadres institutionnels de son programme. Le responsable d'une URLT fait ici état de cette exclusion des programmes :

Nous ne planifions pas ensemble les activités. Il planifie ses activités et moi je planifie les miennes. Nous avons donné nos plans d'action au niveau provincial. Peut-être qu'il appartient au responsable de la planification de jumeler ces activités, mais ce jumelage ne nous est pas encore parvenu. Donc lui de son côté, il estime que parmi le nombre de cas de sida qu'il a enregistrés, tel nombre a développé la tuberculose. Moi aussi, je sais que parmi les cas de tuberculose que j'enregistre, tel % est coinfecté au VIH et maintenant parmi les coinfectés, tel nombre est pris en charge par le cotrimoxazole et par les ARV. C'est à ce niveau des informations que nous nous retrouvons.

Les processus de « rapprochements » des programmes tuberculose et sida passent aussi selon les acteurs par l'organisation de formations conjointes. Comme l'explique un responsable de la DLSI au Sénégal,

Il faut une formation qui intègre tous les agents afin de permettre aux paramédicaux de prendre en charge les maladies jusqu'aux ARV, ensuite les médecins prennent le relais. Par exemple, à Mbour, la prise en charge du sida est lourde. Il existe des critères d'accréditation avec beaucoup de conditionnalités pour qu'un site soit fonctionnel. Il faut un médecin, un biologiste (qui assure le bilan de suivi avec un dispositif pour assurer les CD4 tous les six mois), un pharmacien. La tuberculose a longtemps cheminé seule, de même avec le VIH, on se cherche, les outils sont intégrés, les acteurs sur le terrain aussi, mais restent les programmes.

Précisons tout simplement que, dans le cadre de la décentralisation, les activités sont coordonnées par les régions médicales. Ainsi, les districts de Dakar, Ziguinchor et Kaolack sont signataires de la Lettre d'Accord entre FHI/ CNLS et le PNT pour la mise en œuvre des activités de prise en charge du VIH et la gestion de la coinfection. En effet, dans le cadre de la

décentralisation, FHI et la DLSI ont appuyé l'intégration des activités de la prise en charge du VIH/SIDA en ambulatoire dans les centres de santé. Cette décentralisation au niveau du centre de santé demandait une grande implication de la Région médicale pour la mise en œuvre et le suivi des activités. C'est dans cette perspective que la DLSI a délégué toutes les activités de suivi-évaluation à la Région Médicale à travers une forme de sous-contrat dans le cadre du Sous-accord, appelé «lettre d'accord». C'est un contrat signé par le Médecin Chef de Région, le responsable de la DLSI et FHI. De 2004 à ce jour, ce mécanisme programmatique de la lettre d'accord fonctionne dans les cinq régions couvertes par l'USAID. La DLSI a ainsi délégué aux régions à travers ces lettres d'accord 46 % du budget total du sous accord avec FHI. Ce même mécanisme est utilisé par le PNT dans le cadre de son sous accord avec FHI, dont un total de 67 % de son budget total est alloué aux régions. À l'époque, quand la lettre d'accord a été introduite, les activités étaient toutes concentrées au niveau du chef lieu de la région (soit l'hôpital ou le centre de santé). Au fur et mesure que le ministère de la Santé appuyait l'intégration effective des services du VIH/SIDA dans tous les districts sanitaires, le niveau opérationnel pour les lettres d'accord n'était plus limité à la région, mais concernait aussi tous les districts. En 2006-2007, le CNLS a introduit le processus de la planification régionale intégrée qui visait une meilleure coordination de tous les acteurs au niveau régional – le secteur santé, la société civile, les autres secteurs, et tous les partenaires internationaux. Cela a donné naissance aux Plans régionaux intégrés multisectoriels (PRIM) qui reflètent les objectifs, activités et résultats de tout le programme VIH/SIDA par région. USAID/FHI s'est inscrit dans cette dynamique de planification au niveau régional et a initié la planification de tous les sous accords de l'année fiscale 2008 sur cette base, y compris les lettres d'accord. À la fin de 2007, le CNLS et la DLSI ont recommandé la planification et la mise en œuvre des activités VIH/SIDA au niveau des districts dans le cadre des programmes financés par le Fonds mondial et la Banque mondiale. Cette démarche a été fortement appréciée par les Régions du fait de la responsabilisation accrue du niveau opérationnel.

En résumé les situations sénégalaises comme camerounaises témoignent d'un faible ancrage institutionnel de la lutte contre la coinfection et qu'en l'état – l'exemple du «Point focal» au Cameroun l'atteste – les organigrammes des programmes de lutte contre le sida et contre la tuberculose de facilitent pas leur dialogue.

4. Obstacles structurels de la PEC croisée de la TB/VIH

Nous l'évoquions ci-dessus, des facteurs bloquant la mise en œuvre d'une prise en charge croisée au niveau institutionnel peuvent être identifiés mais, simultanément, l'organisation du système sanitaire ou plutôt ses dysfonctionnements ne facilitent pas les constructions des prises en charge croisées TB/VIH. Ainsi que le fait remarquer ce médecin de la DLSI au Sénégal,

À Dakar, il y a beaucoup de problèmes, le système de référence ne marche pas toujours. L'objectif de la DLSI est que tout le monde puisse être sensibilisé, dépisté et traité. Les portes d'entrée aux soins c'est la tuberculose, les malades viennent de partout. Le taux de prévalence de la tuberculose c'est 40% alors que pour le VIH c'est 0,7%. Entre le sida et la tuberculose ce n'est pas le même discours, ce ne sont pas les mêmes objectifs et puis la tuberculose est une maladie comme les autres. Bien sûr dans certains contextes comme celui de l'Afrique du Sud le sida peut être banalisé comme la tuberculose au Sénégal mais ce n'est pas le cas donc il faut des prestations de qualité à chaque niveau.

Cet extrait d'entretien met en lumière les problèmes liés au système sanitaire. Même si, dans les documents de prise en charge des maladies (tuberculose ou VIH), à chaque niveau de la pyramide correspond un certain nombre de tâches et de type de personnels impliqués, dans la réalité ce n'est pas ce qui se passe, du fait d'un système de référence, contre-référence très peu fonctionnel (Gruénais, 1992) : points développés et illustrés dans les chapitres 7 et 8. En outre, si le rapprochement entre maladies aux taux de prévalence très variés peut se justifier par le fait que le mode de gestion de la tuberculose au niveau opérationnel offre un terrain favorable pour l'exécution des

missions de la DLSI, il apparaît que la divergence d'objectifs ne milite pas en faveur d'une politique commune: ceci dans le sens où, même si la « lutte contre » ces maladies vise globalement à prévenir et traiter, cela s'effectue suivant des voies variées (transmission sexuelle, sanguine, contagion, etc.).

Par ailleurs, les niveaux opérationnels, c'est-à-dire les lieux d'exécution des programmes, ne sont pas les mêmes: la tuberculose connaît un niveau de décentralisation plus avancé, les centres de santé et même certains postes de santé constituent de plus en plus l'unité de base de traitement de la tuberculose, et même les malades hospitalisés ou dépistés dans les hôpitaux sont par la suite envoyés dans les centres de santé de leur localité pour le suivi du traitement. Par contre, la décentralisation de la prise en charge du VIH concerne en fait les hôpitaux du Sénégal. On a décentralisé le traitement de Dakar aux hôpitaux de régions, exception faite de quelques centres de santé où la décentralisation du traitement ARV a pu se réaliser grâce à l'appui de partenaires extérieurs (ESTHER, Caritas, etc.).

En matière de décentralisation des structures de prise en charge de la TB et du VIH, l'expérience camerounaise paraît plus riche que celle du Sénégal. Depuis l'expérience pilote de la province de l'Ouest en 1996, la décentralisation des activités du PNLT s'est étendue entre 2003 et 2007 à toutes les provinces. Ainsi, le Cameroun compte 216 CDT, soit une moyenne d'un CDT pour environ 80 000 habitants. Il en est de même de la décentralisation de la lutte contre le sida dont la prise en charge était effective dans 106 des 174 districts sanitaires du pays en 2008 (Boyer, *et al.*, 2010), et donc au total dans 140 structures (CTA et UPEC). Écart du nombre de structures (216 versus 140) qui renvoie à un problème d'ordre structurel dans la mesure où, de fait, même si une majorité de CDT (pour la tuberculose) et de CTA-UPEC (pour le sida) sont au même endroit, il reste un nombre important de CDT sans site de prise en charge du sida ce qui ne peut qu'affecter le dépistage et le suivi des patients coinfectés.

Une contrainte du rapprochement des structures de prise en charge est que celles du VIH nécessitent un minimum d'équipement: cela relève d'une forme de contrainte « structurelle » dans la mesure où il est de la responsabilité du système d'assurer

l'équipement des structures de soins qui le composent, de même que gérer de façon « optimale » ses personnels (cf. infra). La prise en charge des PVVIH nécessite donc une pharmacie avec un dispensateur formé, un laboratoire équipé d'un Coulter pour les CD4 (au Cameroun les UPEC n'en ont pas). La prise en charge peut être initiée à partir du taux de lymphocytes totaux. Pour la tuberculose, s'agissant des besoins en équipement, il faut juste un bureau où un agent peut dispenser les traitements et un laboratoire équipé d'un microscope, d'un gaz à bec Benzen, de lames et de crachoirs. Ceci nous conduit à évoquer la différence des profils professionnels entre soignants impliqués dans la tuberculose et le VIH. En effet, pour ce qui est du VIH, ce sont plutôt des personnels de santé qualifiés et formés, qui continuent de bénéficier de formations continues, qui sont mis à contribution. En ce qui concerne la prescription des ARV par exemple, les médecins doivent bénéficier d'une accréditation. Tout médecin n'est pas prescripteur d'ARV, cette organisation rigoureuse limite les possibilités de prise en charge du VIH dans toutes les structures de santé : « les infirmiers ne sont pas prescripteurs, il y a juste 125 médecins prescripteurs avec un système d'accréditation » précise un responsable de la DLSI au Sénégal. La tuberculose, en revanche, implique des personnels très peu formés pour la plupart, ayant bénéficié d'une formation sur le tas se caractérisant par l'hétérogénéité de leurs profils et la diversité de leurs parcours. Cette question du personnel est aussi prégnante dans certaines régions du Sénégal et du Cameroun où la crise des ressources humaines dans le secteur de la prise en charge de la TB et du VIH dans la région du Littoral (Douala) est importante. Pourtant, nous savons que le diagnostic et la prise en charge médicale de la TB exigent des personnels de santé dotés d'un savoir spécialisé (nous revenons plus en détail sur ces questions dans le chapitre 8).

Pour une prise en charge croisée de la tuberculose et du VIH, l'enjeu serait donc que ces acteurs de la tuberculose puissent convenablement participer à la prise en charge du VIH. Cela passera forcément par une déprotection des « micro-enclaves » VIH dans les structures de santé. Selon un médecin cela se fera grâce à,

la mise en place d'un cadre institutionnel qui pourrait être intéressant dans le cadre d'une approche de santé publique. Dans les centres de santé et postes de santé, il faut que TB/VIH soit intégré aux activités minimum du district, ce qui permettrait de sauter sur les occasions de diagnostic de tuberculose ou de sérologie [VIH]. Tous les responsables de traitement de la tuberculose doivent s'occuper des ARV pour qu'il y ait un point de traitement, il y a des malades qui n'aiment pas être traités chez eux mais la décentralisation permettrait de réduire le nombre de PDV. Il faut que tous les agents ainsi que tous les laborantins puissent faire un dépistage de sida ou de tuberculose.

Dans cette perspective, faut-il envisager une prise en charge croisée TB/VIH ou plutôt un échange d'expériences, entre programmes, comme le proposent les responsables? Il semble que cet échange d'expérience se complique du fait des différences de priorités, inhérentes à l'évolution des pathologies prises séparément. En effet, la prise en charge des infections opportunistes (dont la tuberculose) apparaît de plus en plus comme une nécessité dans la gestion des PVVIH alors que, avec la tuberculose, c'est l'apparition des multirésistances qui pose de plus en plus problèmes – notamment du fait de l'infection à VIH, de l'inexistence (par exemple au Sénégal) des traitements de deuxième ligne et du manque de ressources humaines et financières pour le diagnostic de ces multirésistances. En matière de proposition d'organisation, du côté de la DLSI, on estime que,

Pour ce qui est de la coinfection, nous proposons un appui au programme national de lutte contre la tuberculose sur le plan organisationnel. Il faut tout de même tenir compte d'un ensemble de facteurs; pour la tuberculose, les traitements sont standardisés, le niveau de décentralisation est plus avancé, les unités de traitement se retrouvent dans les postes de santé alors que pour le VIH nous sommes dans quelques centres de santé; il faut aussi envisager des échanges sur le suivi du malade notamment en s'inspirant de l'expérience du PNT de la décentralisation et du TDO.

5. Conclusion

Au Cameroun comme au Sénégal, on ne peut parler d'absence d'initiative visant à rapprocher les luttes contre le sida et la tuberculose. Des dispositifs existent (comité, point focal), des personnes sont mobilisées (un point focal au Cameroun, deux au Sénégal) mais perdure une forte verticalité des programmes. Verticalité que donnent à voir des structures assez largement comparables avec une instance de conception de la politique (CNLS, CNLT) et une autre d'exécution (DLSI, PNT), l'une et l'autre étant représentées au niveau des régions du pays. Verticalité qui renvoie, au Sénégal et au Cameroun, à des tutelles différentes: cabinet du Premier ministre ou cabinet du ministre de la Santé, ceci dans des contextes où la lutte contre le sida est conçue de façon « multisectorielle » (des ministères autres que celui de la Santé sont représentés dans les instances) contrairement à la lutte contre la tuberculose. Ceci s'est accompagné d'une décentralisation du dispositif de prise en charge de l'une et de l'autre maladie, et nous allons voir, dans la prochaine partie – après avoir décrit les pratiques des professionnels de santé durant la période coloniale – comment les activités dans les structures de santé elles-mêmes ont finalement « pris de l'avance » sur les réalités institutionnelles lorsqu'il s'agit de prendre en charge le malade coinfecté par la tuberculose et le sida.

●

Deuxième partie:

**LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ:
FORMATIONS ET PRATIQUES**



Chapitre 4

Acteurs et structures de santé dans les prises en charge de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal colonial



Mor NDAO, Jean-Baptiste NZOGUE

1. Introduction

Après avoir présenté dans un chapitre précédent l'historique des cadres institutionnels de la lutte contre la tuberculose, celui-ci souhaite s'arrêter sur la genèse des professions médicales et paramédicales qui s'y trouvent impliquées.

Maladie cosmopolite et universelle, infectieuse et contagieuse, la tuberculose s'inscrit hors de l'arsenal des « pathologies exotiques » qui, jusqu'aux années 1920, constituaient la préoccupation majeure des autorités sanitaires de la colonie. Nous l'avons dit, « fléau social » dont la cible privilégiée semble être les couches les plus défavorisées de la société, la tuberculose – au même titre que la syphilis ou la lèpre – est classée dans les maladies dites sociales. La tuberculose, bien que mentionnée dans certaines études (Thévenot, 1849; Chassagnol, 1866; Borius, 1883; IMTSSA, 1941; Kermorgant, 1906), ne devint une préoccupation du pouvoir colonial qu'après la Grande Guerre. Devenue un problème militaire, de santé publique, l'infection bacillaire ne pouvait plus être ignorée par les autorités obligées de l'inscrire parmi les priorités sanitaires.

Aussi nous nous proposons ici de répondre aux questions suivantes : Quelles sont les professions impliquées dans la prise en charge de la tuberculose ? Quel rôle les professionnels de la santé ont-ils joué dans la prophylaxie et la thérapie de ces maladies sociales ? Quelles sont les structures impliquées dans la lutte anti-tuberculeuse ? Pour ce faire une première partie expose les débuts des initiatives du pouvoir colonial contre les maladies

sociales, notamment l'infection bacillaire. Nous présenterons dans un second temps les professions ainsi que les structures de formation impliquées dans la gestion de la tuberculose. Enfin, une troisième partie se penchera sur les structures de santé impliquées dans les prises en charge de la tuberculose.

2. Le pouvoir colonial à l'épreuve de la marche progressive de l'infection tuberculeuse

Au Sénégal, les premières informations sanitaires relatives à la tuberculose furent rapportées successivement en 1840 et 1865 par Thévenot puis par Chassagnol qui, à l'époque, considéraient l'infection bacillaire comme une pathologie exceptionnelle sur la côte occidentale d'Afrique (Sankalé, Péne, 1960, p. 1). Borius, en 1883, notait des cas de tuberculose au niveau des indigènes de Gorée et de Saint-Louis. Un tel constat battait en brèche les avis des médecins navigants de la Côte Occidentale d'Afrique qui, à l'époque, considéraient les Noirs comme disposant d'une immunité naturelle contre l'infection bacillaire (Mathuis, 1939, p. 333).

Au cours de la première décade du XX^e siècle, les chroniques du Dr. Kermorgant sur les maladies sévissant dans les colonies, attiraient l'attention des autorités coloniales sur la gravité de l'infection bacillaire et sa progression constante dans les colonies africaines.

Si les études entreprises dans la colonie du Sénégal indiquaient un faible taux de prévalence de la tuberculose avant la Grande Guerre, dès les années 1910, des chiffres des plus pessimistes, sur la base d'enquêtes de cuti-réaction tuberculinique à l'instigation de Calmette, mettaient en évidence une forte tuberculisation des colonies françaises de l'Ouest africain.

À l'échelle de la fédération, les enquêtes réalisées par Mathis (1939: 333) et Durieux suggèrent qu'en peu de temps, la positivité de l'index tuberculinique aurait triplé au Sénégal, quadruplé au Soudan et en Haute Volta, quintuplé en Guinée et sextuplé en Côte d'Ivoire (Toullec 1931, p. 642). À l'orée des années 1920, le docteur Heckenroth constate, avec amertume, la forte proportion de la mortalité par tuberculose. Couvy s'inscrit dans le même sillage sur la base des statistiques de l'hôpital

indigène de Dakar où, en 1925-26, le taux de décès par tuberculose atteignait 23 % de la mortalité générale.

À Saint-Louis, les statistiques de mortalité recueillies par les docteurs G. Lefrou et M. Allard dans la deuxième décennie du XX^e siècle signalent le rôle non négligeable de la tuberculose dans les circonstances de décès: en 1923, l'infection bacillaire représente 15,24 % des causes de décès à Saint-Louis (soit 116 sur 774).

Toutefois, il faut attendre la Grande Guerre pour voir la tuberculose occuper le devant de la scène d'abord en France puis dans les colonies. La loi sur les dispensaires en 1916 et celle de 1919 relative aux sanatoriums constituent des repères significatifs dans le processus de reconnaissance légale de l'infection bacillaire. Jusqu'ici circonscrite dans les milieux pauvres (quartiers ouvriers, milieux défavorisés), elle devint, avec la Grande Guerre, un problème militaire et, ce faisant, interpelle la puissance publique. Sous ce registre, l'histoire de la santé publique dans les colonies, plus particulièrement la prise en charge de l'infection bacillaire exprime plus la réaction à une conjoncture qu'une politique réelle avec une vision prospective. Le pouvoir colonial procède par crises, par successions d'à-coups, bricolages et colmatages de brèches.

Après le second conflit mondial, les médecins les plus avertis signalent des menaces réelles de propagation de l'infection bacillaires en Afrique lorsqu'ils affirment:

Il s'agit d'une grande maladie sociale, qui ne tardera pas à primer les autres maladies endémo-épidémiques, même tropicale, si des mesures prophylactiques ne sont pas appliquées rapidement (Sénécal, Boiron, 1952, p. 209).

D'autant plus qu'elle revêt en Afrique, surtout dans les grandes villes, un caractère de maladie sociale comme en métropole. En effet,

Ce problème est surtout vrai pour les grandes villes et en particulier à Dakar, où la pathologie tend à prendre de plus en plus un aspect mixte dû à la disparition des maladies comme la peste, la fièvre jaune, la diminution de la variole, de la maladie du sommeil, du paludisme, ce qui rend peut être plus évidente

l'existence d'autres affections comme la tuberculose par ailleurs en extension (Sénécal, Boiron, 1952, p. 209).

Au moment où une décrue de la maladie est amorcée en métropole, l'urgence et l'ampleur de l'infection bacillaire dans les colonies provoquèrent une mobilisation de la communauté internationale, ainsi qu'une lutte axée sur une médecine prophylactique, notamment des campagnes de vaccination (Union Internationale contre la Tuberculose, 1955, p. 13). Ceci d'autant qu'une forte migration de travail d'origine africaine, notamment maghrébine est observée en France. La forte tuberculisation observée chez ces immigrés et les mouvements de population facilités par la révolution des transports imposent une mobilisation importante contre le fléau bacillaire. Il reste que l'augmentation du nombre de cas, relevée entre le début du XX^e siècle et le courant des années 1920 semble, du reste, plus traduire un meilleur rendement des services de dépistage dans les dispensaires et les « tournées foraines » (soit, la médecine mobile) qu'une progression réelle de l'affection durant la période.

Cependant, faute de structures spécialisées et de statistiques fiables, il est difficile d'apprécier à sa juste valeur l'ampleur réelle de l'infection bacillaire. D'autant plus que les premières enquêtes sur l'endémie tuberculeuse restaient largement circonscrites au milieu urbain. Ainsi les « chiffres ne sont qu'un reflet de l'endémie tuberculeuse [car] ils ne concernent pas les autres localisations de la maladie » (Bergeret, Roustaing, 1948, p. 251).

En effet,

Les documents sont en eux-mêmes incomplets puisqu'établis en grande partie à Dakar, et n'apportent donc aucun éclaircissement sur l'importance de la tuberculose en brousse (Sénécal, Boiron, 1952, p. 188).

D'une manière générale, les chiffres, dont certains sont extraits de la nomenclature nosologique sommaire, sont certainement en dessous de la réalité et ne donnent qu'une idée imprécise de l'incidence de la maladie, notamment à l'intérieur de la colonie. Les progrès des échanges, les modifications du genre de vie (urbanisation), les déficiences alimentaires, le développement de l'alcoolisme et l'implantation progressive des Européens à l'inté-

rieur de la colonie interviennent probablement dans la poussée de la tuberculose. Il semble bien que l'infection bacillaire est beaucoup plus importante sur la côte que dans l'hinterland où les populations sont moins tuberculisées.

Dans ce contexte, la prémunition contre la tuberculose par la vaccination BCG, notamment des enfants, fut inscrite, à partir des années 1920 dans les priorités des autorités sanitaires.

Rappelons qu'à partir des années 1950, s'opère une révolution dans le traitement de la tuberculose du fait de l'usage des antibiotiques dans l'arsenal thérapeutique. La streptomycine, découverte en 1944, fut utilisée deux ans plus tard dans le traitement de la tuberculose. L'efficacité du traitement fut d'abord renforcée par les PAS (acide para amino salicylique) avant de connaître une vigoureuse impulsion à partir de 1952, avec l'apparition d'une substance mieux tolérée, l'isoniazide. Et, après le second conflit mondial, la tuberculose, « maladie particulièrement sévère en Afrique » (Sénécal, Boiron, 1952, p. 188) est en passe de devenir dans le continent « le plus grand fléau social » (*ibid.*) du fait d'un nombre de plus en plus important de cracheurs de bacilles. Or, il est évident qu'il ne saurait être question de transposer en Afrique les mêmes méthodes de lutte qu'en Europe compte tenu de divers facteurs : urgences et ampleur du problème, spécificités du continent africain, déficit matériel et de personnel qualifié, etc. Par ailleurs, l'idée émise autour d'un projet de lutte antituberculeuse fut sérieusement compromise faute de moyens financiers suffisants (*ibid.*).

Dès lors, quels programmes, quelles actions d'urgence fallut-il déployer au Sénégal ?

Le changement de stratégies adopté suggère que la tuberculose doit être considérée comme un problème de santé publique et non comme un problème clinique et qu'elle appelle deux approches :

- suivre les grandes lignes de la lutte contre les maladies contagieuses, ce qui suppose découvrir les cas et neutraliser les sources de contagion ;
- suivre les principes de l'administration sanitaire : appliquer les mesures de lutte sur une grande échelle – celle de la collectivité – et non plus à l'échelle de quelques individus (militaires, fonctionnaires, écoliers).

L'autre problème posé par le déclassement des anciennes méthodes thérapeutiques est relatif à la reconfiguration des carrières médicales autour de la tuberculose : d'une part, l'avènement de la radioscopie et de la recherche de BK (bacille de Koch) qui se substituent progressivement à l'anamnèse, au diagnostic de la maladie par examen physique du malade ; d'autre part, le traitement antibiotique standardisé ne nécessitant ni jugement clinique ni personnel qualifié préfigurent déjà une reconfiguration des professions autour de la tuberculose. Ainsi, la lutte à grande échelle ne saurait être résolue par la formation de spécialistes. Dès lors se pose la question de la formation d'équipes techniques responsables de la lutte contre la TB en recourant aux forces indigènes (injections, vaccinations, etc.).

3. Les professionnels de la santé et les structures de formation

3.a. Les structures de formation

Les structures de formation comprenaient l'École de Médecine de Dakar transformée à partir de 1944 en École Africaine de Médecine et de Pharmacie. C'est en 1944 que des Camerounais ont commencé à fréquenter l'école de médecine africaine de Dakar, avant cette date ils étaient formés localement.

3.a.1. L'école de médecine de Dakar

Elle a été créée par le décret du 14 janvier 1918 dans un contexte d'après guerre marqué par un déficit du personnel médical, ainsi que les débuts de la politique de régénérescence de la race noire pour faire face aux effets démographiques néfastes induits par le conflit. Sa création tardive par rapport aux autres écoles de médecine coloniale (Pondichéry en 1882, Tananarive en 1896 et Hanoï en 1902) s'expliquait en partie par la vision du colon sur l'indigène, jugé incapable de recevoir une formation poussée à cause de son insuffisance intellectuelle. Il s'agissait aussi d'empêcher la formation d'une élite indigène susceptible de contester et remettre en question le projet colonial (ASNOM, 2010).

Après la Grande Guerre et la participation active des Noirs à l'effort de guerre, la métropole fut obnubilée par la reconnaissance d'une dette contractée en s'engageant à promouvoir le progrès économique et social. Aussi fallait-il protéger la population africaine contre la ruine, la maladie et la mort par la création de services sanitaires et le renforcement du personnel médical. Face aux ravages de la guerre (30 000 noirs de l'AOF moururent pour la France), les poussées épidémiques (pestes, méningite, typhus), les famines (1913), la misère et l'apathie physiologiques, le déficit chronique de main-d'œuvre, il fallait, sous peine de compromettre le projet colonial, «conserver et augmenter le capital humain pour faire fructifier le capital argent» (Sarraut, 1923, p. 95).

C'est dans ce contexte que fut créée l'École de Médecine de Dakar chargée d'assurer la formation d'un personnel médical et paramédical subalterne africain à l'image des aides médecins, sages-femmes auxiliaires, infirmières visiteuses destinés à l'Assistance médicale.

À l'orée des années 1920 et ce jusqu'en 1934, l'École de médecine de Dakar forme régulièrement des élèves dans les sections «médecins», «sages-femmes» et «pharmaciens». Pour les médecins, le nombre d'élèves sortis de l'École varie entre 7 (1923 et 1928) et 18 (1928). Quant aux infirmières visiteuses dont la formation démarre à la fin des années 1920, le nombre de sortants s'avère fort modeste avec 12 en 1930, 4 deux années plus tard, 6 en 1933 et une dizaine en 1934 (Blanchard, 1936, pp. 91-92).

Les écarts entre les effectifs sortants s'expliquent par l'orientation des politiques sanitaires coloniales à partir des années 1920. Elles mettent l'accent sur la médecine de masse par une extension des services à la population africaine. Parmi les priorités, se dégage la protection de la maternité et de l'enfance indigènes, gage de régénérescence de la race noire et d'accroissement de la capacité productive des colonies. On peut comprendre, dans un tel contexte, que les effectifs des médecins (et des sages-femmes) dépassent largement ceux des pharmaciens et vétérinaires.

Les effectifs des Infirmières visiteuses, relativement bas par rapport aux médecins et sages-femmes s'expliquent par

l'ouverture tardive de la section et son espace d'intervention pour l'essentiel circonscrit dans les grandes villes.

3.a.2. L'école africaine de médecine, de pharmacie et de sages-femmes

La création de l'École africaine de médecine et de pharmacie résultait des recommandations de la Conférence de Brazzaville qui prônait une nouvelle politique envers les colonies françaises d'Afrique. Instituée par décret du 11 août 1944, l'École africaine de médecine et de pharmacie qui remplaça l'École de médecine de Dakar, avait comme prérogative la formation des médecins, pharmaciens, sages-femmes africaines devant servir dans les deux fédérations (AOF, AEF) ainsi que dans les territoires du Cameroun et du Congo. Le décret du 6 avril 1950 créait l'Institut des Hautes Études de Dakar rattaché aux Universités de Paris et de Bordeaux.

Quant aux sages-femmes, elles étaient désormais formées à l'École des sages-femmes africaines instituée en 1953. Entre 1938 et 1957, le nombre d'élèves admises et diplômées (filles) s'élève respectivement à 482 et 380 (Barthélémy, 2004, p. 327). Le Sénégal se signale avec un taux de déperdition particulièrement élevé: plus de la moitié des inscrits (57%) n'obtiennent pas leurs diplômes (Barthélémy, 2004, p. 327). Il en est de même pour le Cameroun: 58% seulement des élèves sont admises à la sortie. Comme facteurs explicatifs, peuvent être avancés les mariages mais surtout les grossesses qui, la plupart du temps, se soldent par des abandons et des exclusions.

Les services hospitaliers de Dakar constituent des services d'enseignement, non seulement pour les étudiants en médecine, mais aussi pour les infirmières et les sages-femmes. Les déficiences relevées dans le fonctionnement des services hospitaliers (exiguïté, pénurie à divers niveaux) retentissent sur le niveau de formation du personnel. Les autorités sanitaires déplorent, en 1954, la formation restreinte dispensée dans les services hospitaliers. Ainsi, les sages femmes sont habituées à ne voir les parturientes que pendant trois jours, les accouchées ne pouvant être retenues au-delà de ce temps très réduit du fait de la pénurie de lits. Jusqu'en 1955, le cycle des enseignements dispensés par l'École de médecine de Dakar était de trois ans.

La formation accélérée équivalait à un niveau de licence destiné à des médecins auxiliaires (Sankalé, Pène, 1960, p. 89). La poursuite des études supérieures nécessitait le recours à une Faculté de médecine française. Il faut attendre la rentrée de 1959 pour voir le cycle complet enseigné à Dakar. De sa création à sa fermeture, l'École africaine de médecine de Dakar a formé 582 médecins et 87 pharmaciens (*ibid.*, p. 39). Ces deux structures de formation ont joué un rôle déterminant dans la constitution des élites africaines.

3.a.3. La formation autour de la tuberculose

Une fois ce cadre général de formation présenté, arrêtons-nous sur celui plus spécifique à la tuberculose. À la fin des années 1940, plusieurs questions sont agitées au sujet de la formation autour de la tuberculose. Dans quelle mesure peut-on se passer de spécialistes? Doit-on former les médecins et le personnel indigène en Europe ou dans leur propre pays? (Union internationale contre la tuberculose, 1955, p. 12).

Des spécialistes estiment alors qu'on peut lutter contre la tuberculose sans recourir à un personnel qualifié. En effet, les innovations thérapeutiques consécutives à l'avènement des antibiotiques aboutissent à une redéfinition des rôles du personnel médical et des spécialistes. Ainsi, le travail du clinicien jadis limité au diagnostic de la maladie par un examen physique du malade se transforme, avec un risque de déclassement de ces médecins concurrencés par ceux qui effectuent la radioscopie et la recherche de BK. De plus, la standardisation du traitement antibiotique ne demande pas un personnel spécialisé. Dans ce contexte, certaines tâches et fonctions peuvent maintenant être assumées par un personnel non médical (*ibid.*, p. 12). Il en est de même de la vaccination BCG auparavant assurée par des médecins et infirmiers et qui, désormais, peut être effectuée par des techniciens formés même si des spécialistes suggèrent l'administration du BCG par des médecins seulement.

Ce nouveau contexte appelle un contrôle et une formation du personnel. Le médecin, dispensé des travaux techniques, doit donc guider le technicien à prendre des décisions, superviser l'ensemble et donner des directives. Outre les tâches de contrôle et de formation du personnel, il est sollicité pour interpréter les

résultats. S'il est admis que le technicien peut rassembler les données, la sollicitation du médecin est fortement recommandée pour les interpréter: la main du technicien, aussi expérimentée soit-elle, doit être guidée par un médecin averti. Ainsi, en cas de doute sur une radio ou un examen bactériologique négatif, le recours au médecin expérimenté s'avère nécessaire pour éclairer le cas.

Il est admis aussi que la lutte à grande échelle contre la tuberculose – comme c'est le cas en Afrique – ne peut être résolue par la formation de spécialistes compte tenu du déficit de personnel et des impératifs de la médecine de masse, préventive et sociale, qui doit primer sur la médecine individuelle. Les impératifs de la médecine sociale et l'ampleur de la tuberculose en Afrique commandent non seulement la formation des responsables de santé publique disposant de bases solides en épidémiologie, mais aussi d'équipes techniques basées sur un personnel local africain (techniciens ayant en charge les injections, vaccinations, etc.).

3.b. Les professionnels de santé

Les fondements historiques et juridiques du corps médical colonial se trouvent dans l'Ordonnance du 17 juillet 1835 et le décret du 14 juillet 1865 créant puis organisant le corps des médecins exerçant dans les colonies et territoires d'Outre-mer. Si le Corps de Santé des Colonies fut créé en 1889 par décret du président de la République française dans la colonie du Sénégal (Bulletin administratif du Sénégal, 1890, p. 80; Moniteur du Sénégal, 1890, p. 123) s'agissant des médecins militaires et infirmiers, il faut noter qu'avant 1890 le personnel médical exerçant dans les colonies provenait des troupes de la Marine. La séparation de la Marine et des colonies déboucha en 1890 sur la création d'un corps de santé des colonies et des pays de protectorat relevant directement du ministère des Colonies. Une décennie plus tard, le corps de santé des colonies et des pays de protectorat fut remplacé par le corps de santé des troupes coloniales.

À l'origine, il était constitué de médecins militaires provenant de Toulon, Rochefort, Brest et de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux après 1890. Médecins de la Marine,

ils jouèrent un rôle stratégique dans le dispositif d'expansion, de conquête et de pacification européenne en assurant la couverture sanitaire et médicale des postes fixes et des colonnes d'exploration. S'y ajoutent les infirmiers militaires coloniaux dont le corps, créé en 1889, constitua un appui essentiel à la pénétration sanitaire.

Dans les colonies constituant la fédération de l'AOF, la création de corps paramédicaux et de médecins auxiliaires avec des diplômes reconnus officiellement par l'administration fut relativement tardive. Il faut attendre la fin de la Grande Guerre, avec le passage de la médecine individuelle et curative à la médecine préventive et sociale pour voir l'administration solliciter les auxiliaires africains comme intermédiaire. Dans l'optique des autorités coloniales, compte tenu de l'insuffisance de l'effectif du personnel européen, la création d'un corps d'auxiliaires médicaux africains pouvait grandement contribuer au renforcement de l'Assistance médicale indigène dans le processus de médicalisation des sociétés indigènes considérées à l'époque comme méfiantes, voire répulsives à la médecine coloniale.

Toutefois, malgré le recours aux auxiliaires africains, toute la période coloniale durant, dans les territoires du Sénégal et du Cameroun, comme ailleurs dans la fédération l'effectif du personnel médical resta numériquement insuffisant: constatons que nous avons là un problème dit de «ressources humaines» toujours actuel dans les systèmes de santé.

3.b.1. Le corps paramédical: les infirmières visiteuses

L'idée de création d'un corps d'infirmières visiteuses en AOF est évoquée dans les textes officiels dès le début des années 1920. Le contexte d'après guerre était marqué par le démarrage de la mise en valeur qui impliquait une exploitation économique plus soutenue ainsi qu'un contrôle plus solide de la société. À l'origine, il s'agissait de mettre en place un corps d'assistantes indigènes appelées «gardes nourrissons» dont les pouvoirs s'avéraient fort limités, étant interdites de tout acte chirurgical. À l'époque, avait été émise l'idée d'instituer comme infirmières, les sages femmes ayant échoué à leur examen de sortie. Se posait dès lors l'épineux problème de la reconnaissance juridique de ce nouveau corps d'autant plus qu'il n'existait pas de diplôme

reconnu par l'administration avant 1926. Avec la reconnaissance juridique à partir de 1926 et le début de la formation au niveau de chaque territoire, le corps des « gardes nourrissons » disparaît pour céder la place à celui des infirmières visiteuses. Il fallut attendre 1930 pour voir la création d'un diplôme fédéral d'infirmières visiteuses africaines dans l'optique de concilier le médical et le social.

Le profil des infirmières visiteuses africaines s'inspire du modèle métropolitain de la fin du XIX^e siècle qui voit émerger la profession d'infirmières visiteuses à domicile et de « l'infirmière ménagère » (Barthélémy, 2004, p. 59). Ces corps para médicaux représentent des calques des « Health Visitors » américains qui émergèrent dans un contexte d'hygiénisme à la fin du XIX^e siècle (*ibid.*). Après la Grande Guerre, sous l'impulsion de la Croix Rouge et de la fondation Rockefeller, alors engagées dans la reconstruction, le rôle et le prestige des infirmières visiteuses s'accrurent. Avec la création officielle d'un diplôme à partir de 1922, elles furent déployées dans trois secteurs: la lutte antituberculeuse, la protection de l'enfance et la polyvalence.

Appelées d'abord infirmières de « garde » par la circulaire du 12 avril 1921 du Gouverneur Général Merlin, ce corps devait faire place aux infirmières visiteuses en 1926 (Guèye, 2003, pp. 50-53), compte tenu des impératifs de la politique de pénétration médicale qui devait lier la concession indigène aux structures de santé. Issues d'écoles primaires laïques, privées ou de l'Orphelinat des métisses de Kayes transféré à Bamako, ou de celui de Grand-Bassam (dans l'actuelle Côte d'Ivoire) (Blanchard, 1934, p. 93), elles pouvaient aussi être des élèves sages-femmes ayant opté volontairement pour la section ou « dont l'aptitude a été reconnue insuffisante aux examens de passage annuels » (Blanchard, 1934, p. 93). Le déficit en personnel et les impératifs de la proximité ont rendu nécessaire la création de ce corps, « passerelle entre le dispensaire et la case indigène ». Ce corps n'existait pas en tant que tel au Cameroun cependant, dans les deux principales villes (Douala et Yaoundé), des infirmiers et infirmières (en service dans les hôpitaux indigènes), étaient souvent envoyés dans les quartiers et les localités avoisinantes pour remplir ce type de missions.

La constitution du corps au Sénégal coïncidait avec l'institutionnalisation de la médecine préventive et sociale. Si, avant 1920, la médecine coloniale est axée pour l'essentiel sur une médecine de soins, individuelle et curative, dès le début des années 1920, s'amorce une nouvelle phase qui mit l'accent sur les problèmes sociaux. Cette médecine préventive et sociale, sans pour autant occulter les problèmes antérieurs, s'oriente davantage vers les maladies dites sociales, notamment la tuberculose, l'alcoolisme, la malnutrition ainsi que la protection des groupes vulnérables à l'image des femmes, des enfants et des travailleurs (Blanchard, 1934, p. 93). L'orientation des services médicaux vers le social à partir des années 1920 est dictée par la volonté affichée des autorités coloniales de promouvoir la protection sanitaire des Africains aux fins de rentabiliser les colonies. La médecine de masse marquée par une action médicale mobile dépasse la médecine hospitalière statique caractéristique de la médecine coloniale depuis son implantation au Sénégal et au Cameroun.

L'ouverture, à partir de 1930, d'une section de formation à l'intention des infirmières visiteuses pour une durée de deux ans à l'École de médecine de Dakar répondait à la nécessité de créer une passerelle entre les structures sanitaires et la concession indigène, afin de vulgariser la médication occidentale. Il s'agissait, pour les autorités sanitaires coloniales, d'assurer la médiation entre le médical et le social. En fait, outre la détection des maladies dites sociales (tuberculose, maladies vénériennes) et le suivi vaccinal, « la vraie fonction des infirmières visiteuses consiste à pénétrer dans les familles indigènes, à rechercher les futures mères et les nourrissons pour s'efforcer de les amener aux consultations » (Blanchard, 1934, p. 93. Placées sous la tutelle des sages-femmes et des médecins, les infirmières visiteuses, déployées dans la lutte antituberculeuse, sont chargées de la promotion des notions d'hygiène, de PMI auprès des femmes gestantes et des nourrissons (Journal Officiel AOF, 1926, p. 196).

Constituées d'abord d'Européennes, puis d'Africaines, elles devaient visiter les familles, assurer leur éducation sanitaire. Formées par les infirmières visiteuses européennes (comme d'ailleurs les sages-femmes africaines), la première promotion des infirmières visiteuses date de 1930.

Personnel mobile, support de la médecine préventive et sociale, elles devaient veiller à l'hygiène des femmes enceintes, vaincre les réticences des populations locales à la médication occidentale, appuyer les sages-femmes dans la PMI ainsi que les médecins pour la collecte d'informations et la lutte contre les maladies sociales et épidémiques. Les autorités, pour anticiper les conflits de compétence avec les sages-femmes, définissent les prérogatives des infirmières visiteuses qui,

Doivent servir de trait d'union entre la maternité et la population, et ne jamais être transformées en auxiliaires pour les sages-femmes; leur rôle est de pénétrer dans les familles indigènes, de rechercher les futures mères et nourrissons, pour s'efforcer de les amener aux consultations (IMTSSA 1954, Dossier 415).

Le Dr Laffont estime qu'avec la mise en place du corps paramédical féminin, s'amorce dans l'évolution de la médecine coloniale une seconde étape marquée par la mobilité qui succède au stade initial caractérisé par l'influence du médecin isolé dans son poste (IMTSSA Dossier 301, 1935).

La durée d'existence de la profession ne dépassa guère deux décennies, du début des années 1920 à 1938, date à partir de laquelle la section fut supprimée au niveau fédéral. Le corps fut officiellement supprimé après l'ouverture de l'École des sages-femmes en 1950 et le diplôme fusionné avec celui d'assistante sociale reconnu légalement en France depuis 1932 (Barthélémy, 2004, p. 61). Finalement, leur impact dans la médicalisation des sociétés africaines semble assez modeste, si l'on tient compte de leur effectif faible pour couvrir l'immense espace colonial ouest africain français. Leur rayon d'action, au Sénégal, pour l'essentiel, ne dépassa guère l'espace urbain, notamment la capitale fédérale, particulièrement certains quartiers indigènes à l'image de la Médina, à Dakar.

Au Cameroun, les structures de formation du personnel de santé autochtone comprenaient, au début (1916-1932) les hôpitaux des principaux chefs-lieux administratifs (une formation sur le tas y était donnée aux apprenants autochtones). Par la suite, dès 1932, fut créée l'École des aides de santé et des infirmiers d'Ayos. En 1944, la section des aides de santé de cette école fut fermée au profit de l'École Africaine de Médecine et de

Pharmacie de Dakar où devait être formée, dorénavant, l'élite du personnel sanitaire autochtone.

En ce qui concerne les professionnels paramédicaux autochtones, leur participation dans la prise en charge de la tuberculose fut fonction de leur niveau d'instruction et de l'évolution de la lutte contre cette pathologie. Dans une première phase (1916-1932), les infirmières et infirmiers recrutés étaient quasi analphabètes. Leur tâche était précisée par le médecin et leur formation axée vers la réalisation d'un geste unique ou d'une seule activité. Ce pouvait être un « panseur » – désinfection d'une plaie et pansement – mais aussi un microscopiste dans une équipe mobile de prophylaxie de la maladie du sommeil. Plus tard (dès 1932), au sortir de l'école primaire, les détenteurs du certificat d'études primaires pouvaient recevoir des formations plus générales, de type infirmier pour les garçons, puis de sages-femmes pour les filles (leur formation étant inférieure à celles des sages-femmes dans la conception occidentale de la profession, elles furent plutôt appelées « infirmières accoucheuses »). En 1944, les jeunes femmes du pays commencèrent à être envoyées à l'école de médecine africaine de Dakar où elles obtenaient, après trois ans, le diplôme de sage-femme africaine.

Dans un contexte colonial marqué par l'insuffisance du personnel européen, des responsabilités plus grandes étaient attribuées au personnel paramédical autochtone. Dans le cas précis de la prise en charge de la tuberculose, les infirmiers et les infirmières participaient à la surveillance et à l'éducation des malades et de leurs contacts, mais ils n'intervenaient jamais dans les activités de dépistage avant les années 1950. Dès 1955, les infirmiers recevaient la formation donnée jadis aux aides de santé sur la connaissance et la prophylaxie de la maladie (cf. infra). Ils étaient formés, en outre, à la radiologie et à la préparation des médicaments, tâches qu'ils pouvaient choisir comme spécialités. Ceux affectés au SHMP participaient, sous le contrôle des médecins (européens ou africains) ou des assistants sanitaires, à la vaccination par le BCG. Les sages-femmes et les infirmières accoucheuses, quant à elles, outre les missions traditionnelles de suivi et d'éducation des femmes enceintes et des jeunes mères, pratiquaient la vaccination par le BCG sur les nouveau-nés à la maternité.

3.b.2. Le corps médical

3.b.2.1. *Les médecins européens*

Les bases historiques et juridiques du corps médical colonial trouvent leurs origines dans l'Ordonnance du 17 juillet 1835 et le décret du 14 juillet 1865 créant puis organisant le corps des médecins exerçant dans les colonies et territoires d'Outre-mer. Le Corps de Santé des Colonies fut créé en 1889 par décret du président de la République française dans la colonie du Sénégal. Durant toute la période coloniale, dans cette colonie, comme ailleurs dans la fédération, l'effectif du personnel médical resta numériquement insuffisant pour couvrir les besoins.

Avant 1890, le personnel médical exerçant dans les colonies provenait des Troupes de la Marine relevant du service de santé de la Marine créé en 1689. La séparation de la Marine et des colonies déboucha en 1890 sur la création d'un corps de santé des colonies et des pays de protectorat relevant directement du ministère des Colonies. Une décennie plus tard, le corps de santé des colonies et des pays de protectorat fut remplacé par le Corps de santé des troupes coloniales. En effet, à partir de 1900, les troupes sont rattachées au département de la guerre (Diop, 1982, p. 11) alors que le corps de santé des colonies et des pays de protectorat est transformé en corps de santé des troupes coloniales (Bulletin administratif du Sénégal, 1900, pp. 242-255).

Le personnel médical européen qui provenait avant 1890 des troupes de la Marine, relevant du Service de Santé des colonies, était pour l'essentiel militaire. Formés d'abord aux Écoles de Toulon fondée en 1725, Rochefort en 1732 et Brest à partir de 1757, les médecins de la marine à partir de 1890, relèvent de l'École principale du service de santé de la marine, rattachée à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Le décret du 3 octobre 1905 créa l'École du Pharo (Institut de médecine tropicale du service de santé des armées), école d'application spécialisée dans la médecine tropicale.

En AOF, comme dans la territoire sous mandat du Cameroun, le fonctionnement des formations sanitaires, antérieures à l'organisation de la santé publique qui remonte au début du XX^e siècle, a été assuré par des médecins de la Marine ou de

l'Armée. Certains d'entre eux furent choisis parmi les officiers de santé en exercice dans les ports et volontaires pour servir aux colonies. Rassemblés à l'époque sous le terme péjoratif de «chirurgiens» en référence aux «chirurgiens barbiers» du moyen âge, leur statut de non-fonctionnaires titulaires, exclus des «entretenus» les confinait dans les bas grades (IMTSSA Dossier 301 PMI). En 1827, la fusion des médecins de la Marine et des médecins des Colonies se concrétise par la création d'un Corps Unique relevant d'un recrutement identique. Le décret du 7 janvier 1890 relatif au Corps de Santé des Colonies et Pays de Protectorat constitue l'un des premiers textes sanitaires complets qui, dans son titre 5, plaçait l'ensemble des services sanitaires des colonies sous l'autorité de médecins de statut militaire relevant du ministère des Colonies.

Quant aux médecins civils, la création d'un Corps médical civil date de 1906 avec la mise en place de l'Assistance médicale indigène. Tant que la médecine coloniale, en phase avec sa stratégie initiale (médecine individuelle et curative), restait circonscrite à la délivrance de soins pour les militaires et les expatriés européens, le Corps de Santé colonial, essentiellement militaire pouvait pourvoir, bon an mal an, les services de santé. Puis, dès la fin de la conquête, du fait des impératifs de la pacification et de la mise en valeur des nouveaux territoires, l'extension des soins aux indigènes fut progressivement inscrite dans les priorités des autorités politiques. Dans la vision du gouverneur général Roume, la réalisation de tels objectifs passait par la mise en place d'un service sanitaire mobile et permanent ainsi que la création de centres vaccino-gènes (JO du Sénégal, 1905). Or, la mise en œuvre d'un programme aussi ambitieux impliquait le renforcement des effectifs du personnel de santé et le recours à un personnel sanitaire civil placé sous la tutelle d'une institution sanitaire civile qui, jusqu'ici, n'existait pas dans la colonie (ANS Fonds AOF 2G4). D'autant plus que les médecins militaires des troupes coloniales ne pouvaient faire face à une telle sollicitation. Roume l'a si bien compris que, dès 1903, suite à plusieurs demandes de médecins militaires non satisfaites, il prit l'initiative de recruter dans les facultés métropolitaines des médecins coloniaux civils destinés à exercer à l'intérieur de la colonie. Entraient dans leurs tâches, la vulgarisation de la

vaccine et de l'hygiène, la lutte contre les endémo épidémies et la mortalité très élevée chez les Africains (ANS Sous-série 2G6) et dont une part importante incombe aux « fléaux sociaux » : tuberculose, lèpre, alcoolisme, maladies vénériennes. Nous avons aussi les médecins universitaires, qui peuvent être civils ou militaires, considérés comme les derniers venus et qui, souvent, exercent dans les structures de formation et centres d'application (CHU). Dépeints comme réfractaires à la hiérarchie et à l'exécution des directives, certains sont épinglés dans les rapports pour leur insubordination aux autorités supérieures.

Évidemment, on ne peut pas établir une ligne de démarcation étanche entre ces différentes catégories perceptibles à l'intérieur d'un même corps, dès l'instant où un médecin peut exercer en même temps deux, voire les trois fonctions. Tel fut le cas de Marc Sankalé qui fut universitaire, professeur et doyen de la Faculté de médecine, qui, au Sénégal, occupa de hautes fonctions au ministère de la Santé tout en dirigeant, à un certain moment, les circonscriptions médicales de Kaolack et Tambacounda.

S'agissant du Cameroun, la participation du personnel sanitaire européen à la prise en charge de la tuberculose fut fonction des spécificités de la formation des différents acteurs et des missions assignées à chaque catégorie. Les spécialistes de la tuberculose (phtisiologues), s'ils existaient déjà en Europe quand la France occupa le Cameroun en 1916, intervinrent tardivement dans ce territoire. Jusqu'à la fin de la décennie 1940, les médecins coloniaux, omnipraticiens ou généralistes pour la plupart, furent les principaux concernés par la question de la tuberculose dans le territoire. En fait, compte tenu de la complexité de l'infection bacillaire, souvent confondue avec la muco-mycose pulmonaire (RASDN, 1922, p. 39; 1923, p. 58), seuls les médecins avaient une formation permettant de conduire avec succès un examen bacilloscopique ou d'interpréter les clichés d'une radiographie. Ces praticiens (militaires et civils) n'officiant que dans les formations des principaux centres administratifs, le dépistage de la tuberculose resta longtemps l'apanage des villes où ne résidait qu'une infime proportion de la population autochtone, il est donc compréhensible que l'on ait rencontré que très peu de cas dans les années 1920 (16 tuberculeux dépistés au cours de l'année 1924: (RASDN, 1924, p. 43).

En attendant la mise en évidence de traitements actifs et le lancement d'une véritable offensive contre la tuberculose, les médecins coloniaux commencèrent, dès le début des années 1930, à entreprendre des études préliminaires épidémiologiques sur la maladie comportant sa répartition, sa diffusion, ses modalités, sa transmission, la détermination de l'index tuberculinique dans les divers groupements, etc. (ANOM, Dossier 940, Cameroun, 1920-1932). La surveillance et l'éducation du tuberculeux n'ayant pas besoin d'une formation spéciale à cette époque, les médecins étaient remplacés dans ces tâches par leurs collaborateurs autochtones (aides de santé et infirmiers). Au début des années 1950, avec l'avènement de médicaments antituberculeux et la création des centres de pneumo-phthisiologie à Douala et Yaoundé, deux phthisiologues furent affectés au Cameroun pour prendre la direction de ces formations. Cette période correspondait également au démarrage des campagnes antituberculeuses dans le cadre des activités du Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SHMP) qui avait en sein une section antituberculeuse (IMTSSA, 289, Situation sanitaire, dossier tuberculose, 1930-1959).

Quelques sages-femmes européennes, contractuelles (elles ne furent jamais plus de trois avant la fin de la Deuxième Guerre mondiale), exerçaient dans les maternités des capitales (Douala et Yaoundé). Placées à la direction de la maternité, elles étaient chargées de l'éducation des femmes enceintes et des jeunes mères et pratiquaient, dès 1937, la vaccination BCG sur les nouveau-nés. Dans les formations d'importance secondaire, les sages-femmes européennes étaient remplacées par les sœurs religieuses catholiques (lorsque les recrutements le permettaient en Europe) et par les infirmières accoucheuses autochtones; mais ce ne fut qu'après 1945, avec la vulgarisation du BCG, que celles-ci furent associées à la pratique de la vaccination. Quant aux infirmiers du corps de santé de troupes coloniales, catégorie très rare aux colonies (ils sont au nombre de onze au Cameroun en 1951: (RASDN, 1951, p. 221), on les retrouvait dans les fonctions de manipulateurs en radiologie et de laborantins. Deux assistantes sociales françaises arrivèrent également dans le même temps pour organiser et conduire, à Douala et Yaoundé, les opérations de propagande et de vaccination dans certaines collectivités comme les écoles.

3.b.2.2. *La formation des médecins en service aux colonies*

La formation des médecins européens et l'efficacité de leur exercice aux colonies furent une préoccupation des autorités sanitaires de la Fédération. S'il est attesté que la tuberculose était prise en compte dans les curricula (Entretien avec M. Sankalé, Marseille 17/9/2007), il n'en demeure pas moins que la forte orientation de la formation vers les pathologies exotiques pouvait constituer un obstacle majeur à la prise en charge de l'infection bacillaire aux colonies (Union Internationale contre la Tuberculose, 1955, p. 13). L'Union Internationale contre la Tuberculose reconnaît des difficultés dans le diagnostic de la tuberculose en Afrique du fait d'une confusion souvent constatée dans une symptomatologie qui, la plupart du temps, rappelle celle des maladies tropicales, notamment le paludisme (Union Internationale contre la Tuberculose 1955, p. 13).

En AOF, plus précisément à Dakar, des professeurs de médecine reconnaissent la difficulté du diagnostic de la bacillose (tuberculose), notamment dans ses formes extensives ou formes généralisées miliaires. En effet, il est permis de supposer que «les mentions du billet d'entrée, purement symptomatiques, [et, qui plus est] des plus diverses: hypothrepsie, pneumopathie aigue, diarrhée, paludisme, etc.» (Sénécal, 1952, p. 201) sont largement suffisantes pour attester de la méconnaissance, par les professionnels de santé, de la tuberculose dans certaines de ses formes.

Nous avons autant de raisons jugées suffisantes pour reconsidérer la formation des médecins (*ibid.*). En fait, «l'éducation de nombreux médecins est, en Afrique Occidentale, à refaire à ce point de vue. Il est urgent d'orienter les élèves médecins africains comme les médecins africains anciens venant en stage de fonctionnement, vers une formation radio-clinique qui les rendît capables de reconnaître l'affection» (*ibid.*). C'est compte tenu de ces suggestions que l'enseignement relatif au diagnostic de la bacillose dans ses diverses formes fut institué en 1951.

S'y ajoute l'épineuse question relative au déficit des moyens matériels et surtout humains. Durant toute la période coloniale, les effectifs du personnel médical furent insuffisants. En 1953, les crédits pour la santé étaient estimés à 197 Frs/habitant/an alors que le taux de couverture était de 1 médecin pour 70 000

habitants, soit cent fois moindre que la moyenne en France (IMTSSA Dossier 301 PMI, 1954, p. 12).

Dans un tel contexte, il est difficile d'évoquer la médecine sociale en se limitant à l'attitude des médecins sans pour autant tenir compte des contraintes multiples (effectifs insuffisants, ampleur des tâches). À la fin des années 1940, le Pr. Sénécal constate, amer, le déficit profond de personnel médical à l'Hôpital Central de Dakar, où

un seul médecin européen était, responsable de la totalité du service de médecine (plus de 250 lits d'hospitalisation)... Ces chiffres donnent une idée de la tâche écrasante qu'assumait le médecin chef de service (qui de plus était le directeur de l'hôpital) et les difficultés qu'il pouvait rencontrer pour arriver à porter un diagnostic précis sur les malades [tuberculeux] que, matériellement, il ne pouvait examiner lui-même et pour lesquels il ne pouvait demander les examens nécessaires. Tâche écrasante que nous ne pouvons qu'admirer (Sénécal, 1952, p. 201).

3.b.2.3. La première génération de médecins africains: les aides médecins

Le service de l'AMI, assuré par les médecins des troupes coloniales hors-cadre et par des médecins civils recrutés en France par voie d'engagement individuel et chargés de l'encadrement, est renforcé, face au déficit du personnel, par les aides médecins africains. Le corps des aides médecins, créé par l'arrêté du 7 janvier 1906 du Gouverneur Général représente un élément d'exécution essentiel dans le nouveau dispositif sanitaire (Bulletin Administratif du Sénégal, 1906, pp. 55-56).

Pour les autorités sanitaires, l'action auprès des populations doit être incessante pour répandre l'hygiène, appliquer les méthodes de prophylaxie et lutter contre les maladies endémiques et sociales. Auxiliaires utiles placés sous les ordres des médecins de l'AMI, employés comme aides dans les dispensaires ou gérant d'un poste médical secondaire, ils doivent disposer d'un statut honorable et jouir d'une réputation appréciée dans la société africaine.

Agents de renseignements et de pénétration de la biomédecine en terre africaine, ils devraient aider à contrecarrer l'action

«médicale» et l'influence des marabouts auprès des indigènes. Il s'agissait, pour les autorités de la colonie, de faire accepter la médecine occidentale par les Africains, concurrencer, voire éliminer la médecine africaine locale, les guérisseurs et marabouts.

D'abord constitué de médecins auxiliaires formés pour être opérationnels dans les postes médicaux de brousse ou aider les médecins européens, ce corps fut supprimé suite à la création de l'École de Médecine et de Pharmacie de Dakar. La création du corps des aides médecins indigènes (arrêté du 7 janvier 1906) était dictée par la nécessité de faire face au déficit de personnel médical consécutif à la création de nouveaux postes de santé. Ce corps fut une étape intermédiaire dans la formation du personnel avant l'ouverture de L'École de Médecine Africaine de Dakar et la formation des premiers médecins.

Le recrutement des médecins s'effectuait au Sénégal parmi les élèves du lycée Faidherbe de Saint-Louis et, pour l'essentiel, de l'École William Ponty dont la vocation est de former des instituteurs indigènes et de préparer des candidats à l'École de Médecine (Le Dantec, 1920, p. 625). Très sélectif, il devrait s'effectuer, aux dires du Dr. Le Dantec, au sein de l'élite scolarisée (*ibid.*). Assistants des médecins de l'AMI auprès desquels ils jouèrent les rôles d'interprètes et d'intermédiaires, ils furent utilisés pour contrecarrer la médecine traditionnelle.

Dans les faits, un dispositif restrictif réglementait les obligations professionnelles des médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés de l'École de Médecine de Dakar. Entrait dans ce cadre le décret du 27 mai 1927 qui stipule qu'ils ne «peuvent être autorisés à donner des soins médicaux et obstétricaux aux Européens [que] dans les localités dépourvues de médecins exerçant au titre français» (Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale, 1925, p. 491). Par ailleurs, ils ne pouvaient en aucun cas pratiquer des autopsies ou «pratiquer des opérations de petite chirurgie à l'exclusion des opérations de grande chirurgie, en cas d'extrême urgence et en l'absence de médecins français, sous condition d'en référer immédiatement au médecin de l'Assistance de la circonscription» (Le Dantec, 1920, p. 625).

De son côté, le Cameroun, devenu officiellement territoire sous mandat français en 1922, ne disposait à cette date ni d'aides médecins, ni d'infirmiers formés. De plus, la langue parlée était

l'allemand et il fallut attendre les progrès de la scolarisation pour entreprendre des formations professionnelles. En fait, la formation du personnel de santé indigène au Cameroun français, en dehors du centre d'instruction médicale de la trypanosomiase d'Ayos, se fit dans le tas jusqu'en 1932, date à laquelle fut créée une école des aides de santé et des infirmiers dans le territoire (JOCF, 1932, pp. 715-718). La masse documentaire de la période coloniale ne fait allusion à aucune formation qui aurait été donnée aux auxiliaires indigènes pour la prise en charge de la tuberculose avant la création de l'école des aides de santé et des infirmiers d'Ayos.

Dès 1932, l'administration française décida d'intégrer les éléments locaux dans la prise en charge de la tuberculose devenue un problème de santé publique préoccupant. L'on y fit cependant intervenir des critères intellectuels, en ne recrutant que les candidats titulaires du Certificat des Études Primaires de l'école primaire supérieure de Yaoundé. En fait le territoire comptant très peu de cadres formés à l'école coloniale à cette époque, l'idée de l'administration était de se constituer un corps d'élites indigènes capables d'assister les médecins européens et ou de les remplacer: ce furent les aides de santé. À la différence des infirmiers dont on exigeait simplement un certain niveau d'instruction publique, les aides de santé étaient recrutés parmi les titulaires du certificat ayant opté pour la médecine. C'est donc à cette élite que le pouvoir colonial donnait une formation générale sur la prise en charge de la tuberculose. Ce choix s'explique par le fait que la maladie n'ayant pas de traitement reconnu actif à ce moment (avant la fin des années 1940), le territoire n'avait besoin de personnel que pour le dépistage et l'éducation sanitaire des populations; cette tâche prophylactique semblait mieux convenir aux aides de santé qu'aux infirmiers, formés beaucoup plus à la pratique des soins.

Le programme de formation pour l'école des aides de santé s'étendait sur trois ans. La formation lors de la première année d'études consistait en la connaissance de l'anatomie, de la physiologie et de la sémiologie médicale, auxquelles s'ajoutaient les cours de première année des infirmiers de l'assistance médicale indigène. La tuberculose apparaissait dès la deuxième année dans le module «Notions de pathologie interne et de diagnostic»; elle

constituait, avec l'infection lèpreuse, la première leçon inscrite au programme de la deuxième année (JOCF, 1932, p. 719). Cette première leçon portait sur les vues d'ensemble de l'infection; mais tout au long et jusqu'en troisième année la tuberculose revenait dans les enseignements suivant les formes (médicale et chirurgicale) qu'elle revêtait et les organes qu'elle affectait: la tuberculose pulmonaire, la tuberculose rénale, la péritonite tuberculeuse, adénite tuberculeuse, cystite tuberculeuse, arthrite tuberculeuse, etc. En troisième année les élèves aides de santé recevaient les enseignements sur la prophylaxie de la tuberculose: le bacille de Koch (comment l'éviter), le rôle de l'hygiène, le BCG, la réaction à la tuberculine, l'index tuberculinique, l'hygiène de la femme enceinte et du nouveau-né. En somme, cette formation visait à insuffler aux élèves l'esprit de «la médecine scientifique».

Sur le terrain, les aides de santé pouvaient, soit assister les médecins dans la recherche et le dépistage de la maladie dans les formations sanitaires, soit diriger une équipe de prospection. Vers la fin de la Deuxième Guerre mondiale, en 1944, l'administration commença à envoyer des Camerounais à l'École de médecine africaine de Dakar, produisant des médecins africains de formation intellectuelle et technique inférieure par rapport aux médecins européens (Wang Sonnè, 1984, p. 214). L'institution du cadre des médecins africains entraîna la suppression de celui des aides de santé. Mais cette innovation ne fut pas révolutionnaire dans la prise en charge de la tuberculose car, sur le terrain, les médecins africains remplissaient les mêmes tâches que les aides de santé, à la seule différence que les lauréats de Dakar pouvaient être placés à la tête d'un centre médical de brousse. Comme les aides de santé, l'entremise des médecins africains était précieuse pour éduquer les populations autochtones. En effet, mieux que les Européens, ils pouvaient comprendre les réticences des patients qui ne connaissaient que la médecine autochtone.

L'enseignement aux colonies est orienté vers la pratique médicale. L'équipe enseignante était formée de médecins généralistes exerçant une médecine de même nature que celle que les étudiants étaient appelés à exercer. En fait, c'était le même professeur de médecine générale qui faisait les enseignements

théoriques et qui recevait dans son service hospitalier les étudiants en stage. Le cours était le plus souvent fait au lit du malade. Dans tous les cas, la pathologie observée à l'hôpital d'instruction de l'école était celle que l'élève devait rencontrer tous les jours, sur le terrain, à savoir la lèpre, le paludisme, la trypanosomiase, les dysenteries, la tuberculose. Le contrôle des connaissances se faisait par interrogations sur dossiers de malades préparés par des élèves ayant pratiqué eux-mêmes les examens complémentaires utiles. En 1948, des médecins africains et des jeunes Camerounais titulaires du baccalauréat commencèrent à être envoyés dans des universités françaises pour préparer le doctorat d'État en médecine (RAONU, 1948, p. 115). L'École de médecine africaine de Dakar fut fermée quelque temps après. L'idée était de produire des éléments locaux capables de remplacer progressivement les médecins européens. En 1951, le Cameroun comptait déjà trois médecins diplômés d'État, ex-médecins africains (RAONU, 1951, p. 221); mais jusqu'à l'indépendance du Cameroun en 1960, le territoire ne disposait d'aucun pneumologue africain ou camerounais. Points essentiels à garder à l'esprit lorsque l'on penchera (chapitre 8) sur la création de « carrières » et/ou de « spécialités » dans les prises en charge du sida et de la tuberculose.

4. Les structures de santé dans les prises en charge de la tuberculose

Au Sénégal, la mise en place des structures sanitaires est consécutive à la conquête. Toutefois, l'organisation des services sanitaires est régie par le décret du 4 novembre 1903 qui définit les domaines relevant des services de la santé et de l'hygiène. Les dispensaires, les centres de protection maternelle et infantile, les hôpitaux, l'Institut d'hygiène sociale et son centre de phtisiologie, les structures hospitalières, l'Hôpital Principal et son annexe du Cap Manuel, l'Hôpital Central Africain, l'Institut Pasteur de Dakar constituent les principales structures engagées dans la lutte antituberculeuse.

4.a. *Le dispositif du service fixe*

Prenons ici l'exemple de deux structures dakaroises, emblématiques des dispositifs mis en place pendant la période coloniale.

4.a.1. *L'Institut d'hygiène sociale et son centre de phtisiologie*

À Dakar, la création de la Polyclinique de l'Hôpital Central Indigène en décembre 1918 fut dictée, selon les autorités sanitaires, par la nécessité de résoudre l'épineux problème de «l'éloignement de l'hôpital des principaux groupements indigènes» (ANS, 2G 29/20, 1929). Ouverte au public depuis juin 1921, elle fut inaugurée le 21 février 1933. Dotée de plusieurs services (médecine générale, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, antituberculeux, antivénérien, douches pour les galeux, laboratoire de bactériologie, radiographie), la Polyclinique devait promouvoir une assistance médicale gratuite aux indigènes en même temps qu'elle représentait un baromètre de l'état sanitaire général de la population. Transformée en 1953 en Institut d'hygiène sociale, la Polyclinique Roume chargée de promouvoir la médecine sociale, disposait, depuis 1935, d'un service spécial destiné aux tuberculeux. L'afflux de plus en plus important de tuberculeux impliquait une réorganisation du fonctionnement de l'Institut, doté d'un centre de protection maternelle et infantile, d'un centre de consultation externe et d'un centre de Phtisiologie. Un tel contexte motiva la création d'un dispensaire antituberculeux. Le centre de phtisiologie disposait d'

un hall central avec un guichet de réception et deux blocs réservés respectivement au diagnostic et au traitement. La partie diagnostic comprend deux salles de consultation dotées d'un appareil de radioscopie et d'un laboratoire de bactériologie. Les malades sont orientés vers deux salles suivant qu'ils consultent pour la première fois ou viennent pour un contrôle. Chaque salle possède des déshabillloirs en plus d'une pharmacie et réserve de médicaments. (ANS, 1H86, 1956).

Centre de diagnostic et de traitement ambulatoire de la tuberculose, l'Institut ne disposait pas de salles d'hospitalisation, «tous les traitements sont ambulatoires» (ANS, 1H86,

1956). Alors que le centre de phthisiologie de l'Institut d'Hygiène sociale prend en charge le volet diagnostic ainsi que le traitement ambulatoire, l'hospitalisation des tuberculeux relève de la compétence de l'Hôpital Central Africain. Toutefois, l'insuffisance des crédits et des moyens humains, la disparition des malades dans une ville considérée comme la plus nébuleuse de l'AOF selon J. Dresch, la séparation des méthodes curatives et des méthodes de prophylaxie, constituent autant de contraintes dans la lutte antituberculeuse.

4.a.2. Les structures hospitalières: l'hôpital central africain de Dakar

Ouvert en 1913, l'hôpital central indigène représente une structure dont la clientèle était constituée, essentiellement d'autochtones et de patients originaires des autres territoires de la colonie du Sénégal et de la fédération. Disposant d'une capacité hospitalière de 325 lits dont une soixantaine affectés à la division des contagieux (ANS, 2G30/14, 1930), l'hôpital recevait des tuberculeux au niveau du pavillon des contagieux soumis à une promiscuité inquiétante: le nombre de tuberculeux dépassait largement la capacité d'accueil.

Une telle situation retentit lourdement sur le taux de mortalité par tuberculose. Un autre rapport note que sur 4627 entrées à l'hôpital central, la tuberculose a provoqué 180 hospitalisations. En 1944, 128 malades sont atteints de tuberculose pulmonaire avec 50 décès, et 52 hospitalisations pour les autres formes de tuberculose, avec 24 décès (ANS, 2G44/7, 1944, p. 74). Pour les autorités hospitalières, le taux élevé de mortalité dû à la tuberculose est imputable à l'insalubrité des locaux, à l'arrivée tardive des patients dans un état cachectique, souvent désespéré, et à la défaillance des moyens thérapeutiques disponibles. Ni l'augmentation du nombre de lits réservés aux phthisiques (38 dont les 30 étaient réservés aux hommes et le reste aux femmes) (ANS: 2G54/87, 1954, p. 28), ni le développement de l'activité du service, ni la limitation des admissions ne purent renverser les tendances révélatrices d'une forte mortalité due à l'infection bacillaire. Dans les faits, «le quartier des tuberculeux est devenu beaucoup plus une division d'incurables et de miséreux que de malades en traitement» (ANS, 2G36/21, 1936, p. 17).

4.b. *Le dispositif du service mobile: la section tuberculeuse du SGHMP*

Le SGHMP fut créé en juin 1944: basé à Bobo Dioulasso, il est composé de plusieurs sections (paludisme, lèpre tréponématoses, tuberculose). La section tuberculeuse, plus virtuelle que réelle, participa, durant sa courte période d'existence au début des années 1950, à des séances de dépistage grâce à des camions radiologiques empruntés à la colonie du Niger. Si ces séances assuraient le dépistage systématique des tuberculeux, en retour, elles étaient, faute de moyens, incapables de traiter les malades dépistés. Les moyens étaient pour l'essentiel répartis entre les sections des endémo-épidémies jugées prioritaires (paludismes, lèpre, tréponématoses) au détriment de la section tuberculeuse. Aussi, le rôle du SGHMP se limita-t-il, à la répartition, à travers la fédération, de médicaments spécifiques (streptomycine, PAS, Isoniazide), ou encore de matériel de radiologie acheté sur le crédit des grandes endémies (ANS: 1H61, p. 65)

En 1955-1956, l'achat de quelques postes radiologiques destinés aux territoires les plus défavorisés permit, bon an mal an, le dépistage au niveau de quelques zones déshéritées. Les crédits des deux derniers exercices facilitèrent, au niveau du centre de phthisiologie de Dakar et dans les pharmacies d'approvisionnement territoriales, l'achat des médicaments antituberculeux permettant le traitement en externe des patients. Au total, l'insuffisance des crédits octroyés à la section tuberculeuse du SGHMP n'autorisait guère l'organisation du dépistage et du traitement, à grande échelle des tuberculeux.

Après la Deuxième Guerre mondiale, l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose ne fut pas directement mise en place, sûrement parce que, avec la création du SHMP, il fallait voir lequel de ce service autonome ou du service d'assistance médicale indigène, pouvait conduire la lutte antituberculeuse avec le plus de succès. Les premières traces de prophylaxie, de tests tuberculiques et de vaccination BCG, apparaissent au début des années 1950. En fait, malgré l'apparition de nouvelles méthodes de chimio prophylaxie antituberculeuse, la vaccination par le BCG demeurait, à cette époque, l'arme prophylactique majeure de la lutte contre la tuberculose. Au Cameroun, à Douala, où l'action avait été entamée, une campagne de vaccination antituberculeuse

fut lancée en 1952 au bénéfice des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire (RAONU, 1952).

Outre Douala et Yaoundé qui bénéficièrent des premières initiatives, dans les centres comme Edéa, Batouri, Bafia, Dschang, Foumban, Bafang et Garoua, les formations sanitaires de l'AMI et les équipes mobiles du SHMP commencèrent, d'une part, à faire les tests tuberculiniques (sur les enfants) devant permettre, à terme, de connaître l'imprégnation de l'infection tuberculeuse dans les différentes régions et, d'autre part, à vacciner les enfants dans les maternités et dans les écoles. L'objectif de cette action était de mettre au point des données susceptibles de permettre d'obtenir des résultats comparables, malgré la diversité des opérateurs et des régions (IMTSSA, 277, Cameroun, lutte antituberculeuse, 1957). Il est à noter cependant que, dans les régions qui furent concernées par ces premiers gestes prophylactiques contre la tuberculose, l'administration qui avait choisi de commencer par les enfants, jugés plus vulnérables, ne s'intéressa pas toujours à l'ensemble d'entre eux. La prophylaxie se pratiquait surtout en milieu scolaire. Pour justifier ce choix, l'autorité coloniale avança trois raisons: les enfants constituaient l'avenir de la «race», c'est dans les écoles que l'opérateur pouvait avoir le meilleur rendement car les sujets étaient déjà groupés, enfin, c'est au cours de l'âge scolaire que les contaminations étaient les plus fréquentes et les plus sérieuses. Mais il semble que le choix des écoles, plus faciles d'accès, procédait du fait que, l'administration n'ayant pas encore une stratégie bien définie, avait besoin de champs d'expérimentation devant lui permettre de bien peaufiner sa politique en vue d'une vaste campagne contre la tuberculose.

Après trois mois d'action prospective en 1954, il fut possible de tirer les premières conclusions et d'établir les bases sur lesquelles la lutte antituberculeuse devait être conduite au Cameroun. D'abord, il faut observer que les moniteurs des écoles, qui avaient aussi été soumis aux tests tuberculiniques, étaient pour la plupart positifs. Ainsi la recherche de l'imprégnation de la maladie devait désormais inclure les adultes, mais par le biais de la radiologie pour cette catégorie. Ensuite, pour une action prophylactique qui se voulait efficace, il fallait affecter davantage de personnel à cette tâche, car celui qui avait servi

138 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

en 1954 était numériquement très insuffisant et ne pouvait pas faire 50000 vaccinations BCG par an. Enfin, pour une bonne conduite du programme de prophylaxie, la formule des équipes mobiles semblait être la plus adéquate, surtout dans les régions où la tuberculose était plus menaçante.

À partir de ces conclusions, il apparut à l'administration que la prophylaxie de la tuberculose correspondait plus aux attributions du SHMP. Ainsi, dès 1956, la lutte antituberculeuse fut, pour sa plus grande part, placée sous la dépendance du SHMP par l'intermédiaire d'une section spéciale, «la section antituberculeuse», créée en son sein. Seule la vaccination BCG, dans les maternités, devait s'effectuer sous le contrôle du service de la santé publique. Les équipes mobiles procédaient à la recherche de l'allergie tuberculinique chez les Camerounais avant primo-infection, et déterminaient l'index tuberculinique dans les différentes régions du territoire, ce qui permettait une première estimation de l'importance de l'endémie tuberculeuse dans le pays. L'index tuberculinique moyen obtenu pour l'ensemble du territoire était en progression constante jusqu'à l'avènement de l'indépendance: 25% en 1955, 33% en 1956, 32,8% en 1957, 34,68% en 1958, 38,40% en 1959 (ANOM, BIB-ANOM, 12 854, Les services de la santé publique au Cameroun en 1959). Cette progression correspondait à une augmentation générale de la morbidité.

Des équipes mobiles spécialisées de prophylaxie antituberculeuse commencèrent à fonctionner sur le territoire dès 1956; elles étaient au nombre de 5 (Douala, Yaoundé, Batouri, Garoua, Mokolo) (RAONU, 1955, p. 193). Ces cinq régions correspondaient à des foyers connus ou suspectés de prévalence de la tuberculose et requérant un «dépistage actif spécifique». L'action de ces équipes spécialisées consistait essentiellement en la pratique de la vaccination par le BCG précédée par des tests tuberculiniques. La vaccination concernait particulièrement les enfants: scolaires, préscolaires et nouveau-nés. Le Dr. Labusquière nous apprend qu'une telle action spécifique, infiniment plus simple à réaliser et plus rapide qu'une opération de dépistage systématique polyvalent visant d'autres affections, pouvait intéresser toute la population d'une zone limitée, ou simplement une tranche d'âge bien précise de cette population (Labusquière, 1975, p. 303).

Cependant, l'une des faiblesses de l'action sanitaire de la France aux colonies résidait dans l'imprévoyance constante, car des actions originales et probantes furent régulièrement interrompues du fait de l'absence, sans remplacement, des responsables des opérations. En 1957, par exemple, le territoire ne disposait plus que de trois équipes spécialisées parce que les chefs d'équipes, des Français en l'occurrence, étaient partis en congés. Ce qui est davantage frappant dans ce ralentissement de l'effort, est que les deux équipes qui n'avaient pas pu fonctionner, jouaient un très grand rôle dans la prophylaxie antituberculeuse. En fait, deux des cinq équipes spécialisées instituées initialement n'exerçaient que dans les régions où se trouvaient les deux principales villes du territoire: l'une à Douala et l'autre à Yaoundé. Les trois autres, ayant une vocation itinérante, étaient chargées de prospecter et de vacciner le reste du territoire. En 1957, la seule équipe itinérante opérationnelle n'avait pu prospecter et vacciner que les localités de Ngaoundéré, Meiganga et Ebolowa.

5. Conclusion

Au décours des années 1950, la tuberculose, « maladie particulièrement sévère en Afrique » (Sénécal, Boiron, 1954, p. 188), est en passe de devenir dans le continent « le plus grand fléau social » du fait d'un nombre de plus en plus important de cracheurs de bacilles. Dès lors, s'imposait l'adaptation de la lutte antituberculeuse aux spécificités du continent africain où la tuberculose constitue un problème d'urgence et de masse. S'avérerait donc nécessaire une lutte axée sur une médecine prophylactique et un traitement ambulatoire.

La lutte antituberculeuse au Sénégal et au Cameroun a rencontré plusieurs obstacles liés, d'abord, à la faiblesse de la capacité hospitalière et de l'indice lits/population, à la pénurie de services spécialisés (centres de phthisiologie et de dispensaires antituberculeux), à l'absence de sanatoriums, de préventoriums et d'aériums auxquelles s'ajoutent des carences liées à la médecine du travail d'entreprise et à la sécurité sociale (Sénécal, Boiron, 1954, p. 188). Ainsi, les autorités sanitaires déplorent le manque de structures spécialisées obligeant ainsi chaque service à recevoir des tuberculeux, les soigner avant

de les suivre en consultations externes. Ensuite, la pénurie de personnel qualifié, les difficultés budgétaires ainsi que l'absence de dépistage précoce collectif ou individuel, hormis les militaires et la population scolaire représentent des obstacles majeurs à la lutte antituberculeuse. Les difficultés budgétaires ne devaient-elles pas alors impliquer une association des deux programmes (tuberculose et tréponématoses)? S'y ajoutent les difficultés de suivi, l'ampleur des désertions qui incitent à la promotion de traitements rapides et définitifs.

En milieu rural, les campagnes de vaccination des enfants et jeunes adultes furent confrontées à des problèmes liés aux difficultés de faire appliquer des mesures souvent autoritaires. Pour les autorités sanitaires, l'application de telles mesures fut grandement compromise par la libéralisation du régime colonial consécutive à la fin de la Seconde Guerre mondiale (Sanner, 1954, p. 101). Quelles doivent être les nouvelles bases juridiques de ces rassemblements autoritaires? D'autant plus que le recours à la médiation des chefs coutumiers et religieux s'avère insuffisant.

Se pose par ailleurs le problème de la transformation de l'exercice médical. En effet, avec les maladies sociales à l'image de la tuberculose, se pose la question de l'extension du pouvoir des médecins à des domaines qui, jusqu'alors, étaient situés en dehors de leur champ d'intervention. Les maladies sociales mettent à l'ordre du jour la question du (re)profilage, voire de la (re)configuration des professions médicales. Dans les colonies, malgré l'émergence de nouveaux corps comme les infirmières visiteuses et les assistantes sociales, le problème de la « médiation entre le médical et le social » reste entier. D'autant plus que leur action, en milieu « indigène » semble prolonger la solution technique et médicale au détriment du social. Or, seul le développement social pourrait, dans le cas de la tuberculose, s'attaquer aux causes et réduire l'ampleur de la maladie.



Chapitre 5

Acteurs et structures de prise en charge des pathologies vénériennes au Cameroun et au Sénégal, de la période coloniale à l'arrivée du VIH



Alioum IDRISSOU et Mor NDAO

1. Argumentaire et problématique

La lutte contre les maladies vénériennes a toujours associé, en situation coloniale, des dimensions sanitaires, démographiques et sociales (Becker, Collignon, 1999-a, 1999-b; Becker, 1995). Ainsi, plusieurs cas de figures peuvent être envisagés, selon que l'on s'intéresse à l'un ou l'autre aspect de l'incidence des maladies vénériennes en rapport avec la constance des discours des autorités publiques et des éléments qui les soutiennent (comme les statistiques médicales et démographiques produites : Faure, 1994, pp. 199-220). En Afrique, sous le prisme de la démographie historique, les pathologies vénériennes apparaissent comme un facteur de dégénérescence de la race noire et par conséquent son éradication impliquerait une régénérescence de celle-ci. Par ailleurs, la dimension sociale de la lutte contre les pathologies vénériennes intègre fortement les prostituées, catégorie aux contours mal définis à l'époque coloniale, et très souvent indexées et stigmatisées comme agents « privilégiés » de la propagation des maladies sexuellement transmissibles (voir le chapitre 1).

Ce chapitre a pour ambition – en comparant les situations du Cameroun et du Sénégal – d'une part, d'identifier les différents protagonistes impliqués dans la prise en charge des pathologies vénériennes, tout en insistant sur leurs différents

profils et les tâches qui leur ont été dévolues, ainsi que les difficultés auxquelles ils ont été confrontés. D'autre part, il sera question de mettre en miroir le dispositif de prise en charge des pathologies vénériennes au regard des moyens mis en œuvre en intégrant la question des schémas thérapeutiques suivis par les malades atteints d'affections vénériennes, comme la syphilis et la gonococcie.

Aussi, deux éléments doivent-ils être pris en compte dans notre tentative de comprendre historiquement l'implication des professionnels de santé dans les mécanismes de prise en charge des pathologies vénériennes: l'innovation thérapeutique qui a consisté en la découverte et l'utilisation des antibiotiques dans les années 1940 et son impact dans les pratiques de soins, puis l'omniprésence des organismes internationaux dans les réalisations sanitaires, médicales et sociales¹.

2. Personnels de santé, dispositifs de soins et traitements

La lutte contre les maladies vénériennes va mobiliser divers corps de personnels de santé dont les profils hétéroclites et la polyvalence des formations apparaissent comme les aspects les plus saillants.

2.a. *Profil et formation des personnels de santé: hétéroclisme et polyvalence*

S'agissant du personnel européen militaire et civil, médical et paramédical, une typologie sommaire fait ressortir les catégories suivantes: médecins (spécialisés dans les pathologies

¹ Nous nous appuyons ici sur des documents d'archives récoltés principalement aux Archives Nationales de Yaoundé (ANY) et de Buéa (ANB) au Cameroun, aux Archives Nationales du Sénégal (ANS), aux Archives Nationales d'Outre-mer (ANOM) d'Aix-en-Provence et à l'Institut de Médecine Tropicale des Services de Santé des Armées (IMTSSA) à Marseille en France. L'analyse de ces documents d'archives est croisée avec les travaux académiques ainsi que les articles et ouvrages disponibles dans les centres de documentation universitaire des localités citées ci-dessus. De façon ponctuelle nous nous référons aussi à des observations faites, par exemple au début des années 1980 avec notamment des rafles qui étaient faites lors des sorties des boîtes de nuit dans les localités comme Yaoundé ou encore le parcage des prostituées dans des quartiers bien identifiés comme dans la localité de Garoua.

exotiques), pharmaciens, officiers d'administration, infirmières, agents sanitaires et sages-femmes. Concernant le personnel autochtone, la typologie des personnels de santé impliqués dans la prise en charge des pathologies vénériennes comprend, plus spécifiquement, les médecins africains, les aides médecins africains, les infirmiers, les infirmières visiteuses, les infirmières accoucheuses, les aides de santé, les assistantes sociales, les assistants sanitaires et les infirmiers bénévoles.

2.a.1. Des infirmiers bénévoles aux assistants sanitaires

Au Cameroun, dès 1916, il est fait état dans le cadre de l'Assistance Médicale Indigène de l'action d'élèves infirmiers indigènes, recrutés et formés dans les hôpitaux et dispensaires du territoire pour aider à lutter contre les maladies comme le paludisme, la syphilis, le pian, la lèpre et résoudre des problèmes d'hygiène (Wang Sonnè, 1983, p. 116 et ANY 1AC/5893, 1931; ANY 5535, 1932; ANY 2AC4469, 1932-1935). De fait, pour devenir infirmier bénévole, aucune instruction n'était requise: seule une bonne condition physique s'imposait. Dès leur recrutement, les infirmiers bénévoles s'occupaient des tâches subalternes telles que le nettoyage des salles de consultations ou de soins, les prélèvements sanguins, ou encore l'utilisation du microscope. Leur formation durait de un à trois mois selon les aptitudes de chacun et ils ne percevaient aucun solde, ce qui pouvait engendrer une certaine démotivation. Ce corps fut supprimé et remplacé par celui d'infirmières et infirmiers auxiliaires par un arrêté du 29 mai 1925. Ils étaient formés au dépistage, au recensement médical, au diagnostic et aux soins de nombreuses maladies courantes: variole, lèpre, pian, syphilis, dysenterie, paludisme et, surtout, maladie du sommeil. Ce sont des tâches d'exécution. Au sujet des infirmiers titulaires formés entre trois à douze mois, outre le service fourni par les équipes de prophylaxie de la maladie de sommeil, ils donnaient les premiers soins aux malades vénériens. Par ailleurs, selon l'arrêté de 1929, les assistants sanitaires devaient suppléer le médecin en matière de traitement de malades et pouvaient assurer la direction des formations sanitaires dépourvues de médecins.

2.a.2. Des aides de santé aux médecins africains

Jusqu'en 1931, l'urgence de la lutte contre la trypanosomiase commandait une formation accélérée d'« autochtones » recrutés pour quelques mois. Face à d'autres pathologies telle que la syphilis, la formation fut prolongée. Ainsi, les infirmiers brevetés recevaient au cours de leur formation, notamment en deuxième année, des enseignements relatifs aux « éléments d'hygiène ». La connaissance des maladies endémiques ainsi que les moyens de les combattre figuraient dans leur cursus. Un stage d'une année supplémentaire était imposé aux infirmières accoucheuses, qui recevaient des notions de puériculture et de d'obstétrique. Dans les formations mobiles, les infirmiers participaient à des tournées de prophylaxie des maladies contagieuses comme la lèpre, le pian, la syphilis, la maladie du sommeil.

Formés également à Ayos – au Centre d'instruction médicale, ouvert en 1932 – les aides de santé recevaient une formation d'une durée de trois ans. Les curricula des aides de santé prévoyaient de transmettre les notions de pathologie interne et diagnostic (vue d'ensemble de la syphilis et du pian), de pathologie externe et de sémiologie chirurgicale (hémorragies dues à la syphilis) et des cours d'hygiène et de prophylaxie (syphilis, hérédosyphilis, blennorragie et gonococcie). Le traitement de la syphilis et du pian apparaissait dans les « éléments thérapeutiques »². Ils étaient plus programmés à exercer principalement dans des formations fixes que mobiles, notamment les dispensaires et postes médicaux. En ce qui concerne les médecins africains camerounais, constitués des aides de santé diplômés du Centre d'Instruction d'Ayos ayant exercé pendant trois ans, ils dirigeaient à leur sortie de l'école de médecine et de pharmacie de Dakar des consultations, des soins, des opérations cliniques et chirurgicales (Wang Sonné, 1989, p. 97)³.

² En revanche, le programme d'études des infirmiers et infirmières visiteurs ne prévoyait rien de spécifique se rapportant nommément aux pathologies vénériennes, à la différence des seules infirmières accoucheuses qui, durant leur année supplémentaire, se penchaient sur l'hérédosyphilis.

³ Au regard des différents curricula réservés aux aides de santé d'Ayos et des médecins africains et sages-femmes de Dakar de la première à la troisième année, il est à noter plus de similitudes que de différences. La quatrième année de l'école de Dakar (inexistante à Ayos) proposait dans ses enseignements : Médecine opératoire ; Syndromes chirurgicaux ; Syndromes médicaux ;

Par ailleurs, au Cameroun, dans le milieu des années 1950, se posa le problème de la formation de médecins, avec la fermeture de l'École de médecine de Dakar en 1953. Mais la question fut tranchée en envoyant en métropole le personnel autochtone, pour des besoins budgétaires⁴. Toujours est-il que la politique de relève des personnels techniques européens et la volonté de «camerounisation» des cadres peuvent être attestées par le nombre de plus en plus croissant d'agents envoyés en métropole (IMTSSA, Dossier 112, 1955/1958)⁵. Rappelons qu'au Cameroun occidental, c'est en 1960, que l'École des Infirmiers et Infirmières a été établie à Victoria (ANB, File H.3.2) : cependant, le personnel médical infirmier était formé au Nigeria et en Grande-Bretagne. Dans le même ordre d'idée, le décret du 26 février 1969 crée et organise le fonctionnement des établissements de formation des personnels paramédicaux (JORFC, 1969, pp. 379-381). Mais c'est l'arrêté du 18 avril 1970 qui fixe les objectifs de l'enseignement, le programme des études préparatoires et les modalités de délivrance des diplômes d'État d'infirmier, d'infirmière, de sage-femme et d'infirmier accoucheur. Cet arrêté consacre leur polyvalence comme objectif majeur, c'est-à-dire la capacité à diriger les centres de santé et dispensaires spécialisés, les équipes mobiles de prospection, de vaccination et de traitement dans le cadre de la médecine préventive et rurale et d'assumer les fonctions d'infirmier-chef (JORFC, 1971, p. 101). La création du Centre universitaire des sciences de la santé (CUSS) comblera une lacune dans la formation des médecins sur le plan local et au regard du programme des études médicales proposées, il est difficile, faute de données précises (emplois du temps, horaires spécifiques, supports d'enseignements) de se faire une idée de la place qu'occupent véritablement les enseignements des pathologies vénériennes dans le cursus académique des futurs médecins afin de saisir la volonté des autorités d'en faire une priorité. Tout compte fait, c'est avec cet ensemble hétéroclite d'acteurs,

Bactériologie ; Spécialité O.R.L. (Ophtalmo, Démo-Vénéro) ; Thérapeutique ; T.P. Hygiène ; Administration et Déontologie.

⁴ Cela revenait moins cher que de les former sur place : il aurait fallu construire une école de médecine, l'équiper, engager les enseignants, alors qu'en métropole les structures et le personnel existaient déjà.

⁵ Les rapports des services de santé indiquent 88 en 1955 et 150 en 1958.

aux tâches plus généralisantes que spécifiques en rapport avec les pathologies vénériennes, que s'articulera le destin de la prise en charge thérapeutique des malades vénériens au Sénégal et au Cameroun (situation qui a largement perduré jusqu'à aujourd'hui comme cela est montré dans le chapitre 10).

2.a.3. Les infirmières visiteuses

Comme nous l'avons dit (chapitre 4), les infirmières visiteuses furent les piliers de la médecine préventive et sociale. En matière de prophylaxie des pathologies vénériennes et phtisiques en milieu urbain, les infirmières visiteuses sont affectées au dépistage des maladies sociales et des pathologies maternelles et infantiles en milieu urbain « indigène ». Leur action dans la lutte antisypilitique dans les villes s'articulait le matin autour des consultations, la prise en charge des syphilitiques, tuberculeux et des femmes enceintes. L'après-midi était consacré au suivi à domicile des patients pour l'éducation sanitaire, la continuité des traitements, le dépistage des malades syphilitiques orientés vers les structures sanitaires appropriées. La constitution de ce corps au Sénégal coïncidait avec l'institutionnalisation de la médecine préventive et sociale dès le début des années 1920. Cette dernière, sans pour autant occulter les problèmes antérieurs, s'oriente davantage vers les maladies dites sociales, notamment la tuberculose, les pathologies vénériennes et la protection des groupes vulnérables à l'image des femmes, des enfants et des travailleurs (IMTSSA, Dossier 301, 1942).

2.a.4. Des assistantes sociales aux sages femmes

Sous Vichy, les autorités coloniales s'opposèrent à la mise en place d'un service social dans les colonies africaines par peur d'une assistance sociale porteuse d'idées émancipatrices dans un contexte de bâillonnement des libertés d'action et de parole. Aussi, faudra-t-il, en AOF, attendre le ralliement à la France Libre pour voir la mise en place des services sociaux avec la loi du 19 novembre 1943 (Sanner, Habay, 1952, p. 6 et IMTSSA, Dossier 415). L'insuffisance de leur effectif en AOF et les impératifs de l'africanisation nécessitèrent « la mise en place d'auxiliaires sociales, de préférence africaines, parlant la langue et connaissant les coutumes du pays » (IMTSSA, Dossier

301, 1954, p. 18). Mais après la Seconde Guerre mondiale, la suppression du corps des infirmières visiteuses renforce le rôle des assistantes sociales dans le service ambulancier de la PMI chargé d'assurer une visite hebdomadaire dans chacun des dix dispensaires de la région de Dakar. L'assistante sociale, à la tête de ce service, effectue notamment des visites à domicile. Notons qu'avec le sida et dans des contextes de pénurie des financements nationaux de la santé, et l'importance des financements extérieurs, cette fonction de visite à domicile a été affectée et déléguée à des personnels recrutés pour cela (ARC, médiateurs...) (voir chapitre 8).

On aura gardé l'action des sages-femmes dans la prévention de la syphilis via leur participation à la prophylaxie des maladies dites sociales. Formées pendant trois ans à l'école de médecine de Dakar, leur principale mission s'articulait autour de la prise en charge des accouchements et des consultations de nourrissons et de leurs mères qui, l'après-midi, étaient suivies par les infirmières-visiteuses. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre l'action des sages-femmes dans la « défense sociale » contre la syphilis, notamment lors des consultations prénatales et des consultations de nourrissons avec le dépistage de femmes et d'enfants syphilitiques (ANS, 2G38/14, 1938).

2.a.5. Les aides médecins africains

Le corps des aides médecins, créé par l'arrêté du 7 janvier 1906 du Gouverneur Général, représente un élément d'exécution essentiel dans le nouveau dispositif sanitaire. Pour les autorités sanitaires, leur action auprès des populations doit être incessante pour développer l'hygiène, appliquer les méthodes de prophylaxie et lutter contre les maladies endémiques et sociales. Ce personnel indigène, capable de servir comme interprètes ou intermédiaires auprès des populations africaines, auxiliaire utile placé sous les ordres des médecins de l'AMI, est employé comme aide dans les dispensaires, ou gérant d'un poste médical secondaire. Agents de pénétration de la biomédecine en terre africaine, ils devraient aider à contrecarrer l'influence des marabouts auprès des « indigènes » (ANS, BAS, 1902, pp. 55-56). Déployés dans les services de l'Assistance Médicale Indigène, noyau de l'armature sanitaire antivenérienne, les aides médecins, conformément

aux recommandations du gouverneur général Roume devaient contribuer à « l'amélioration du bien-être des indigènes, au renforcement de l'effectif des médecins européens et à la lutte contre la syphilis, l'alcoolisme et les maladies épidémiques » (Sankalé, 1969, p. 36). Leur niveau d'instruction doit être sommaire (ANS, H12/AOF).

Auparavant, ils doivent être employés au dispensaire, et aux consultations des divers services hospitaliers indigènes, et donner des soins aux malades sous la direction du médecin chargé de les instruire. Après deux ans de service auprès du médecin de l'AMI chargé de leur instruction et un stage de six mois à l'hôpital principal de la colonie, les élèves qui auront satisfait à l'examen recevront un diplôme leur donnant le titre d'aide-médecin indigène, soit comme aide auprès d'un médecin de cette assistance, soit comme chef de poste isolé, sous les ordres du médecin de l'assistance médicale résidant au chef-lieu de la province, du cercle ou de la circonscription (Gallay, 1909, p. 74).

2.b. Dispositif de soins et traitements

Schématiquement, le dispositif d'ensemble de soins durant la période coloniale comportait deux segments: d'une part, les consultations, diagnostics et prescriptions de soins qui étaient pratiqués par les médecins européens, les assistants sanitaires, les aides de santé, les sages-femmes et les médecins africains, d'autre part, les soins, prodigués par les infirmiers et infirmières.

Au Cameroun et s'agissant des soins, il ressort que jusqu'aux années 1940 avec l'avènement des antibiotiques, le néo-salvaran et l'iodure de sodium apparaissent comme les plus utilisés notamment pour les porteurs de tréponèmes par des biais externes (blanchiments), internes (piqûres) ou par voie orale. En 1923, des doses de Néoarsénobenzol ont été distribuées et la plupart des diagnostics étant confirmés bactériologiquement par la méthode de Fontana Tribondeau (RASDN, 1923, p. 59). Les autorités françaises attribuèrent le nombre d'augmentation de syphilitiques traités cette année à cet effort thérapeutique. Toujours est-il que l'idée émise en 1926 de doter le territoire d'une organisation prophylactique au moins égale à celle créée pour lutter contre la trypanosomiasse fut très rapidement battue

en brèche pour des raisons budgétaires et la lutte contre le «péril vénérien» s'accommoda aux nécessités du moment: traitements effectués par des équipes de prospection et d'atoxylisation ou tryparsadimisation de la Mission permanente de trypanosomiase (RASDN, 1927, p. 24). En plus des médicaments cités, d'autres apparurent dans la liste comme les ampoules de sels solubles de mercure, la Protoiodure de mercure et le Sulfarsénol (RASDN, 1927). Dans les années 1950, la Pénicilline, la Streptomycine, la Tifomycine, l'Auréomycine associée à la Sanclomycine, et la Terramycine apparaissent dans les dépenses en antibiotiques dans le traitement des pathologies vénériennes (RAONU, 1955, p. 195).

Le traitement de la syphilis fera appel au PAM – ou «pénicillines retards» – ou à l'extencilline à l'exclusion de tout autre médicament. Le cyanure de mercure sera réservé aux cas particuliers où il convient de commencer le traitement avec prudence (syphilis oculaire par exemple) et aux réactivations. Le bismuth pourra être employé en «cures de consolidation» (OCCGEAC, 1964, p. 26). Selon Merklen, une surveillance continue doit être maintenue au-delà du traitement d'attaque, voire même de celui de «consolidation» ou d'«assurance» autrefois préconisé par Gougerot qui disait «l'avenir de l'intéressé vaut bien une série annuelle d'administration d'un médicament antisypilitique sous contrôle sérologique» (*ibid.*, p. 27).

Au Cameroun oriental, alors que les campagnes de masse débutèrent dans les années 1954-55 avec l'aide d'organismes internationaux tels que l'OMS et l'UNICEF qui fournirent antibiotiques (pénicillines) et véhicules, les statistiques concernant la syphilis indiquent une réactivation universellement inquiétante en 1965 (ces campagnes ne débutèrent qu'en 1960-63 au Cameroun occidental). L'une des recommandations fortes de l'OCCGEAC était la coordination de moyens et des programmes entre les différents États de l'OCCGEAC, en appliquant de façon stricte le dépistage systématique et le traitement indiscriminé. Par traitement indiscriminé, deux catégories étaient ciblées: les prostituées et les pygmées. Aussi, des dispositions à prendre avaient-elles été envisagées: organisation des services antivénériens et des tréponématoses avec traitement obligatoire et gratuit des contaminés et des contamineurs; laboratoires de

sérologie bien équipés; éducation sanitaire de la population; législation sur les maladies vénériennes s'inspirant de celle en vigueur en France (*ibid.*, p. 28).

Seulement, il est à regretter, selon les praticiens, que le traitement des gonococcies par les pénicillines long retard se soit soldé par des demi-échecs au dispensaire antivénérien de Yaoundé en 1959 et que des formes de plus en plus compliquées et résistantes aux antibiotiques sont observées au Cameroun à la fin des années 1960 (IMTSSA, Dossier 112 et OCEAC, 1968, p. 125 et OCEAC, 1969, p. 126)⁶.

En plus de ces difficultés et en dépit des innovations thérapeutiques, la problématique du tryptique dépistage/diagnostic/interprétation est à relever aussi bien dans les rapports que dans les enquêtes. Remarquons qu'avec le sida on retrouve une partie de ces préoccupations: à savoir que les avancées thérapeutiques ne «règlent pas» en elles-mêmes la question du dépistage, qu'il faut toujours encourager, favoriser... Au contraire c'est parce que la prise en charge thérapeutique fait des progrès, et que l'on sait que le traitement doit être démarré le plus tôt possible, que des actions en faveur d'un dépistage le plus précoce ou le plus systématique possibles sont développées. Au milieu des années 1950, il est indiqué que le diagnostic de la syphilis est délicat (IMTSSA, Dossier 112). En réalité, bon nombre de difficultés dans la comparaison des statistiques proviendraient des divergences d'interprétation entre les États, mais aussi au sein même des administrations d'un même État. Ainsi, remarque-t-on qu'au Cameroun dans les années 1960, aucune distinction clinique réelle n'est faite entre la syphilis endémique et la syphilis vénérienne (OCCGEAC, 1964, p. 13 et OCEAC, 1969, p. 125).

En somme, le personnel médical et paramédical autochtone au Sénégal et au Cameroun n'affiche pas de différences fondamentales. Seulement, des variantes notables peuvent être observées comme c'est le cas des infirmières visiteuses, corps n'ayant existé qu'en AOF et à Madagascar et qui fut au centre

⁶ Pour avoir une idée de la résistance du gonocoque aux antibiotiques, les travaux de Huet et Millan à Yaoundé relèvent que 85% des souches (42/49) résistent à la Streptomycine, une part non négligeable (8/15) résiste à l'Oxycilline et à l'Oléandomycine.

du dispositif de prise en charge des pathologies vénériennes au Sénégal.

3. Infrastructures de prise en charge: typologie et fonctionnement

De façon générale, les hôpitaux, infirmeries, dispensaires et maternités constituent les principaux établissements médicaux et sont généralement installés dans les centres urbains (RAONU, 1949: 153 et Lachenal, 2006)⁷. Schématiquement, deux types de formations étaient vouées à la prise en charge des pathologies vénériennes alliant le curatif et le préventif: les établissements fixes et les services mobiles.

3.a. *Les établissements fixes: de la polyvalence à la spécialisation*

Au Cameroun, la prise en charge des pathologies vénériennes s'est faite en deux temps au niveau des structures fixes, à savoir la prise en charge non spécifique et la prise en charge spécifique.

Avant 1953, la prise en charge fut non spécifique. Les malades vénériens étaient pris en charge dans des hôpitaux et dispensaires de service public. Quoique les textes réglementaires aient été promulgués assez précocement, aucune matérialisation concrète d'une prise de conscience n'arriva à son terme. Et pour preuve: ayant approuvé le principe de construction d'un petit pavillon destiné aux femmes malades et alors même qu'un devis fut commandé et réalisé par les services publics, le Commissaire de la République française au Cameroun, Richard Brunot, différa en janvier 1940 la construction d'un pavillon pour prostituées à Douala (ANY, APA, 12052/N). Il fallut attendre les années 1950 pour que s'ouvrent les centres antivénériens de Douala et

⁷ À Douala en 1949 étaient recensés: un hôpital pour Européens; un hôpital pour Africains; un Institut d'hygiène; un laboratoire central de bactériologie, sérologie et anatomo-pathologie du Territoire; un organisme d'hygiène urbaine et à Yaoundé: une pharmacie centrale d'approvisionnement; un hôpital mixte; un laboratoire central de chimie et de toxicologie; un laboratoire d'entomologie; un centre d'expérimentation et traitement des maladies sociales; un organisme d'hygiène urbaine. Voir Guillaume Lachenal (2006) sur l'imaginaire de l'occupation spatiale des infrastructures médicales au Cameroun.

de Yaoundé, ceci avec des fortunes diverses (nous y revenons ci-dessous).

À partir de 1953, la prise en charge est faite dans les centres spécialisés. Bon nombre d'autorités administratives locales avaient milité pour une prise en charge « séparée » des malades vénériens des autres malades. Ainsi, en 1925, le Chef de Circonscription de Yaoundé suggérait qu'« un local isolé soit spécialement affecté à l'hospitalisation des femmes répondant à l'article 1^{er} de l'arrêté [1925] »; en 1930, le Chef de Circonscription de Douala renchérisait en affirmant qu'« il faudrait donc un dispensaire antivenérien pour arriver à des résultats réellement efficaces » (ANY, APA, 12052/N). Toujours est-il que le centre antivenérien de Douala a été ouvert le 19 novembre 1953. Un médecin spécialisé y a été affecté et une assistante sociale spécialisée coopère au dépistage des prostituées (RAONU, 1953, p. 239; RAONU, 1954: 217 et IMTSSA, Dossier 112). À Yaoundé, les textes indiquent que c'est en 1955 qu'un centre antivenérien vit le jour mais en réalité c'est en 1959 que le bâtiment fut achevé et qu'un projet de construction d'un dispensaire antivenérien dans la localité de Maroua fut réitéré (RAONU, 1956, p. 238 et ANOM, BIB 12854, 1959, p. 74). Reste qu'en 1955, les autorités françaises locales admettent que traiter « tous les syphilitiques contagieux du territoire est une tâche ardue, impossible à l'heure actuelle, car il faudrait un trop nombreux personnel spécialisé » (IMTSSA, Dossier 100, 1955).

Plus globalement, c'est en 1964 que le programme de lutte contre les tréponématoses et les MST démarrera en Afrique centrale. Il sera opérationnalisé à travers la politique sanitaire nationale des Dispensaires Anti Vénériens (DAT) (OCCGEAC, 1965, p. 28; OCEAC, 1968, p. 125; Koueke *et al.*, 1979, p. 549 et Cameroon Tribune, 1980, p. 2)⁸. Au Sénégal, le service sanitaire fixe intervenant dans la lutte antivenérienne est constitué par les dispensaires, le service antivenérien des hôpitaux, l'Institut d'Hygiène Sociale et le dispositif du service médical portuaire.

⁸ Dans les années 1960, la gonococcie apparaît au Cameroun comme un « problème majeur de santé publique ». Rappelons aussi que vers la fin des années 1970, la gonococcie et la syphilis occupaient le premier rang des consultations au Centre Médico-social d'Elig-Essono à Yaoundé. La gonococcie fut même qualifiée dans les années 1980 de « véritable fléau social » au sein de la population scolaire des localités de Mfou et de Yaoundé.

Le premier maillon de la lutte antivénérienne est formé par les dispensaires, les maternités et les postes médicaux de l'AMI. Disséminé à travers les chefs-lieux de cercles et les escales de la colonie, ce réseau d'infrastructures sanitaires intervient dans le dépistage et le traitement des maladies vénériennes. Dans les formations sanitaires est érigée, à côté de la consultation générale, une consultation de vénéréologie. Aussi, au niveau des dispensaires et des maternités, existaient des consultations spéciales pour syphilitiques. Les dispensaires spécialisés dans la lutte antivénérienne sont créés au Sénégal à partir de 1921 avec la création d'un service spécialisé dans la lutte contre la syphilis dénommé « service de vénéréologie », ouvert à l'Institut d'hygiène sociale de Dakar.

Au second niveau de la « défense sociale » et de la lutte sanitaire antivénérienne, intervient le service antivénérien des hôpitaux. L'Hôpital Central Indigène, réservé uniquement aux populations africaines, dispose à partir de 1932, d'un service spécial de dermatovénéréologie intervenant dans la prise en charge des syphilitiques les plus contagieux. À partir de 1940, un nouveau pavillon est ouvert au sein de l'Hôpital Central Indigène pour la prise en charge de prostituées dont la plupart proviennent des « ambulances » de Gorée et du Cap Manuel. En dehors de Dakar, l'Hôpital de Saint-Louis hébergeait le seul service antivénérien spécialisé de la colonie.

La Polyclinique, créée en décembre 1918 mais inaugurée en 1933 au niveau du quartier africain de la Médina, comportait plusieurs services dont ceux antivénériens et antituberculeux ayant pour mission de promouvoir une assistance médicale gratuite aux indigènes. En 1953, la Polyclinique est transformée en Institut d'hygiène sociale, doté d'un laboratoire de bactériologie (examens sérologiques) et d'un service de dermatovénéréologie placé sous la direction d'un médecin spécialisé dans les MST. L'Institut d'hygiène sociale, dans un souci de lier le médical au social, collabore avec les infirmières visiteuses chargées du suivi des malades à domicile (Diop, 2008, p. 62).

On ne peut oublier les structures médicales portuaires, notamment les dispensaires spécialisés dans la prise en charge des marins et agents du port et dont la création est consécutive aux recommandations de l'Arrangement international de Bruxelles

qui constitue un accord international relatif au traitement gratuit des marins atteints de MST. En 1926, fut érigé dans le port de Dakar un dispensaire doté de services de syphilimétrie et de consultation destiné à fournir, prioritairement, une assistance médicale aux marins, travailleurs du port et, accessoirement, aux populations environnantes. Pour que l'énumération soit complète, mentionnons le Service d'Hygiène dont la création remonte à 1905 et dont l'une des prérogatives est la surveillance de la prostitution, ce qui place ce service au cœur de la lutte anti-vénérienne (lutte contre la syphilis, surveillance des maisons de tolérance, déclaration des maladies vénériennes, dépistage de la syphilis en milieu scolaire). Enfin, le dispositif sanitaire de prise en charge des pathologies vénériennes est complété par les laboratoires qui représentent un maillon essentiel de l'armature sanitaire impliquée dans la lutte contre les MST.

3.b. Le service mobile

Au Cameroun, nous l'avons noté, a été instituée en 1926 une Mission permanente chargée de la lutte contre la maladie du sommeil, transformée en Service de prophylaxie de la maladie de sommeil en 1932. Ce service, par sa vocation mobile, avait dans ses prérogatives, le dépistage et le traitement des pathologies vénériennes. C'est à l'issue de la conférence de Brazzaville en 1944 qu'un dispositif mobile représenté par un organisme spécial, le Service d'hygiène mobile et de prophylaxie, a été créé, dans le but d'intensifier la lutte contre les endémies dominantes, les épidémies, les affections dites sociales. Ce service est conçu et outillé pour l'action itinérante. Il a notamment dans ses attributions les opérations rurales de dépistage systématique, les campagnes de vaccinations antivarioliques et antiamariles, la surveillance et le contrôle sanitaire des chantiers administratifs ou privés, l'étude de toutes mesures d'hygiène générale dont il provoque ou assure par ses moyens propres l'application (RAONU, 1949, p. 154; RAONU, 1948, p. 109 et ANY 2 AC 1594, 1954).

Une grande offensive est lancée en 1953 contre les grandes endémies avec l'aide conjointe du Fonds international de secours à l'enfance (FISE), de l'OMS et de l'UNICEF, au moyen de vastes campagnes de masses organisées sous l'égide des SHMP suite à la note communiquée et présentée par Garcin à Genève en

1955 sur la lutte contre les tréponématoses dans les pays de la France d'Outre Mer (FOM) (IMTSSA, Dossier 112 et OCEAC, 1964, p. 24). En 1957, avec l'avènement de l'État « sous tutelle » du Cameroun, un ministère de la Santé et de la Population a été institué au sein du gouvernement avec le maintien de la section Tréponématoses (IMTSSA, Dossier 112). L'autonomie concédée au Cameroun en 1958 a conduit à une réorganisation des services de la santé publique dont la grande innovation de la médecine de masse du SHMP a consisté en la mise sur pied de 12 équipes mobiles comprenant chacune 6 infirmiers sous la direction des médecins de secteurs, équipes destinées à lutter contre la gonococcie et les tréponématoses (ANOM, BIB 12854, 1959, pp. 74-78). Dans les années 1960, les dispensaires antivé-nériens de Douala, Yaoundé et Maroua spécialisés dans la lutte contre les maladies vénériennes et le pian dépendent des Grandes Endémies, héritage du SHMP, tant par leur personnel que leurs moyens de fonctionnement (OCCGEAC, 1964, p. 23).

Le 2^e plan quinquennal (1966-1971) recommanda au département de la santé publique une couverture sanitaire totale qui devrait se traduire tout au moins par un début d'éradication des endémies les plus répandues et « devant aboutir à l'intégration – terme très contesté – de la médecine préventive générale et rurale alias Grandes Endémies et Médecine Rurale au service antérieurement connu sous le nom de service de la Santé Publique » (Elom Ntouzo'o, 1968, p. 694).

Mais le décret du 15 octobre 1968, qui organise les structures et le fonctionnement des formations sanitaires, accorde la priorité à la médecine préventive et rurale notamment dans le dépistage, la prévention et le traitement des maladies endémo-épidémiques dont les maladies vénériennes font partie intégrante; ceci grâce aux prospections et campagnes d'éradication (JORFC, 1968, pp. 2129-2130). L'arrêté du 28 novembre 1972 maintient et renforce le rôle du Centre départemental de médecine préventive (CDMP) (JORUC, 1972, p. 2110).

Il reste constant que les Ve et VI^e plans quinquennaux qui ont débuté respectivement en 1981 et 1986, tout en accordant une priorité à la médecine préventive et aux endémo-épidémies dans les grandes orientations en matière de santé, ne pouvaient atteindre de façon optimale leurs objectifs étant donnée

la régression graduelle de la part du budget de la santé dans le budget national: 6,9% en 1968/69, puis 4,6% en 1985/86 (ministère du Plan). C'est dans ce contexte matériel et financier défavorable, autant que du fait de l'impréparation des professionnels de santé et des populations de plus en plus démunies, que les premiers cas recensés du sida sont apparus et que s'organise la lutte contre cette pandémie par la mise sur pied du Comité National de Lutte contre le sida (PNLS) en 1985 (Tsala Tsala, 2004, p. 144).

Au Sénégal, l'armature du service sanitaire mobile est composée de l'AMI et du SGHMP. Jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, les structures sanitaires de l'AMI (postes de santé, dispensaires, maternités) ont participé à la lutte antivenérienne et son service mobile assurait la desserte des zones périurbaines et rurales.

La création du SGHMP, doté d'une section Tréponématoses à partir de 1949, permit l'organisation de grandes campagnes anti-tréponémiques. Ainsi, les actions de l'AMI, circonscrites dans les hôpitaux et dispensaires, sont épaulées par la médecine ambulatoire, mobile et préventive du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie qui s'impliqua dans la lutte antisyphilitique et antipianique. Les campagnes anti-tréponémateuses du SGHMP sont basées sur un contrôle et un complément de données cliniques axées sur la sérologie avant le traitement complet des cas dépistés, le contrôle ultérieur par la sérologie des cas traités après et, enfin, la constitution de fichiers destinés au suivi des patients.

À partir de 1953, la codification et la standardisation des protocoles thérapeutiques permirent la prise en charge et la guérison des trois quarts des malades. Le Médecin Capitane Despres, dans un rapport daté du 24 mars 1953 dévoile les résultats spectaculaires des campagnes anti-tréponémateuses du SGHMP:

Les nouveaux traitements prescrits par la fiche technique 465bis ont été appliqués. Les résultats des traitements sont spectaculaires. L'assèchement des lésions secondaires ulcérées et suintantes se situe aux environs du 4^e jour. L'effacement complet des lésions est atteint vers le 8^e jour (Masseguin, Ridet, 1954, p. 45).

Toutefois, en milieu rural, les campagnes massives anti tréponémateuses du SGHMP furent confrontées à des problèmes liés aux difficultés de faire appliquer des mesures souvent autoritaires d'autant plus que le recours à la médiation des chefs coutumiers et religieux s'avéra insuffisant (Sanner, 1954, pp. 69-114 et p. 101).

4. Conclusion

La prise en charge des pathologies vénériennes au Cameroun et au Sénégal par les acteurs et les structures a été tributaire du contexte d'occupation et de domination coloniale. Agitées comme un épouvantail tant sur les plans médical, démographique que social, par les autorités coloniales, les pathologies vénériennes apparurent comme un problème de santé publique. Dès lors, elles nécessitèrent des mesures urgentes qui, donnant le sentiment d'une prise de conscience des autorités, trahissaient leur impuissance et inquiétude.

Aussi, l'implication forte des personnels de santé notamment féminins (infirmières visiteuses et assistantes sociales) dans la sphère sociale au Sénégal est-elle un signe distinctif de la prise en charge des pathologies vénériennes, comparativement au Cameroun où seul l'aspect médical aura prévalu. Il en est de même de la prise en charge dans les structures spécialisées qui fut ancienne au Sénégal, notamment à partir de 1921, alors qu'au Cameroun, elle ne fut effective qu'à partir de 1953. L'application des mesures encadrant les prostituées a été effective avec l'existence des maisons de tolérance au Sénégal, ce qui ne fut pas le cas au Cameroun. Ces éléments peuvent-ils expliquer – ne serait-ce que pour partie – le taux de prévalence bas du VIH/sida au Sénégal comparé au Cameroun? D'un point de vue d'historien la question mérite d'être posée.

S'agissant des différents protagonistes impliqués dans la prise en charge des pathologies, leur insuffisance numérique chronique, leur formation non spécifique sur les pathologies vénériennes, leurs difficultés de suivi des patients, ou encore une inégale répartition spatiale des différentes structures médico-sanitaires, apparaissent comme des hypothèques sérieuses à l'accomplissement de leurs tâches.

158 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

On peut toutefois s'interroger sur l'efficacité des services anti-vénériens au sein des organismes que sont l'assistance médicale et l'hygiène mobile et de prophylaxie, donc sur la pertinence d'une prise en charge séparée des pathologies vénériennes, alors qu'une «intégration» de ces différents services aurait été plus judicieuse face aux réalités du terrain... autant de questions toujours fortement débattues avec l'épidémie de VIH.



Chapitre 6

Effets de la gratuité et représentations autour des « maladies sociales »



*Maymouna BA, Fatoumata HANE, Mor NDAO,
Josiane MBALLA, Alioum IDRISOU, Jean-Baptiste NZOGUE*

1. Introduction

La gratuité du traitement de la tuberculose et du VIH a été présentée comme un déterminant majeur à l'observance aux traitements (Lanièce *et al.*, 2002 ; Buchillet, 1996). Nous avons évoqué précédemment combien cette question préoccupait déjà les politiques de prise en charge de la tuberculose : définie dans le cadre de programmes verticaux, elle est parfois soumise à des réorientations lors des mises en œuvre du fait de l'implication d'acteurs « extérieurs ». D'un autre côté, la mise en place de prises en charge gratuites dans un système de santé soumis au recouvrement des coûts de soins risque de heurter une organisation du « management sanitaire » (Hours, 1992) où les patients nantis d'un fort capital social sont prioritaires (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003).

La gratuité des traitements du VIH et de la tuberculose va donc obéir à des exigences d'ordre structurel (relatives à l'organisation de la prise en charge et du système de santé en général). En même temps, sa mise en œuvre va être déterminée par les perceptions de ces deux pathologies. Le rôle fondamental des représentations dans la construction de la réalité sociale des pathologies (Herzlich, 1996) trouve ainsi son sens dans le cas de prises en charge de maladies chroniques marquées par la précarité et la stigmatisation que subissent ceux qui en souffrent et qui les définissent comme des maladies « sociales ». Cependant, appellent-elles pour autant des réponses sociales au sein des structures sanitaires ? Quels critères prévalent

aujourd'hui dans l'identification des pauvres atteints de ces maladies? Dans quelles mesures les pratiques d'assistance sont influencées par les représentations à la fois de la maladie et de la gratuité des soins?

Aussi, dans une perspective comparative entre le Sénégal et le Cameroun, ce chapitre souhaite analyser les processus de mise en place de ces politiques de gratuité. Il se propose de revenir de façon plus précise, dans un premier temps, sur l'historique de cette gratuité puis, dans un second temps, sur les représentations de ces pathologies ainsi que leurs incidences sur les pratiques médicales et les rapports sociaux à la maladie (itinéraires de soins, recherche de soutiens). Les perceptions et pratiques en rapport avec ces politiques de gratuité sont donc cernées ici dans le cadre de la prise en charge de la coinfection tuberculose/VIH mais aussi dans celle de chacune des pathologies prises individuellement.

2. Historique de la gratuité de la prise en charge de la tuberculose et du VIH

Dans le cadre général de la lutte contre les maladies, l'administration coloniale française, consciente de ce que la monétarisation de l'économie indigène n'allait profiter qu'à une minorité, mit sur pied une politique d'assistance médicale gratuite destinée à la quasi-totalité de la population (Ceccaldi, 1972). L'Assistance Médicale indigène (AMI) ou l'Assistance Médicale Africaine (AMA) était fondée sur la gratuité des soins de toute nature dans les dispensaires.

2.a. L'accès aux soins en contexte colonial: un système sanitaire discriminatoire

Au Sénégal, le système hospitalier était composé d'hôpitaux européens et d'hôpitaux indigènes. Les premiers étaient réservés aux éléments européens expatriés (fonctionnaires, militaires, commerçants). Le réseau sanitaire se limitait à l'hôpital de St-Louis construit en 1822. Les conditions d'accès étaient draconiennes pour les indigènes qui devaient se munir d'une attestation d'indigence délivrée par la Mairie. Dans les faits, l'accès était interdit aux indigènes étrangers à la commune. Leur admission

relevait de l'exception, surtout en cas de maladie grave. L'hôpital principal de Dakar, édifié en 1893, était assujéti aux mêmes conditions d'accès pour les Africains.

L'hôpital central indigène Aristide le Dantec, comme son nom l'indique, faisait figure d'hôpital indigène. En vertu du règlement du 2 août 1912 relatif au fonctionnement des services médicaux hospitaliers et régimentaires aux colonies, l'admission à cet hôpital était assujéti à l'obtention d'un billet d'entrée, hormis pour les cas urgents, sous réserve de l'attestation du médecin traitant et d'une régularisation. Ces préalables satisfaits, les patients étaient classés en « soldats » et « assimilés » puis en « civils » répartis entre « particuliers » et « indigents ». Les soldats et assimilés, privilégiés par le système, étaient pris en charge par le budget général en cas d'hospitalisation à l'hôpital central indigène. Le remboursement de la journée d'hôpital s'élevait à 6 frs contre 3 frs pour les particuliers pris en charge par les budgets locaux ou municipaux. Pour les autres particuliers, ils devaient, avant leur admission, déposer le montant d'une quinzaine de jours d'hospitalisation correspondant à leur catégorie sous peine d'être versés dans la catégorie des indigents. Les indigents pris en charge par la commune ou la colonie étaient tenus de fournir, en plus du certificat médical, une attestation de la police certifiant leur indigence. Les fonctionnaires, eux, bénéficiaient du système de sécurité sociale financée par la colonie (Badiane, 2004).

On retrouve quasiment la même situation dans l'accès aux soins au Cameroun colonial où, pendant la période de la domination allemande (1884-1914), il est fait état de ce qu'une partie des consultations, hospitalisations et cession de médicaments étaient remboursées (RASDN, 1922). Aussi, bien avant l'arrêté local du 2 décembre 1916 organisant officiellement le fonctionnement de l'Assistance médicale indigène dans le Cameroun occupé par les troupes françaises, des consultations furent-elles données en « petit nombre » dans l'hôpital indigène de Douala, la capitale de l'époque. Au dispensaire d'Akwa, quartier indigène le plus important et le plus rapproché du centre européen, la clientèle du dispensaire était composée :

- d'une part, par la population indigène « indépendante » de la localité, pour qui les consultations étaient payantes ou

gratuites sur présentation d'un certificat d'indigence visé par l'administrateur: face à cette contrainte administrative, on peut estimer que cette population était souvent laissée à elle-même faute de pouvoir payer les soins.

- d'autre part, la population indigène ayant droit aux consultations non payantes et composée des employés des divers services des administrations, personnels de la police, écoliers...

Ainsi la pratique des soins fut aussi discriminatoire entre les indigènes eux-mêmes; ce qui apparaît comme un « acte politique » pouvant être assimilé à une « méthode de pénétration ». D'ailleurs, il est indiqué que la gratuité des consultations avait pour but de « détourner des officines les indigènes clandestins » (Martin, 1921).

La gratuité des soins a aussi été pratiquée au Cameroun sous domination britannique comme l'indique ce rapport de 1949 « *free medical treatment is given at all dispensaries and the demand for medical attention continues to increase* » (Report, 1949, p. 131). Dans les années 1950, la littérature produite révélait dans la capacité hospitalière des formations sanitaires deux catégories: la 1^{re} celle des Européens et la 2^e composée des assistés et de « quelques payants » (RAONI, 1951). En effet, des places payantes pouvaient être réservées aux malades qui en font la demande, « quelle que soit leur origine ou leur nationalité » confirmant ainsi la discrimination en vigueur en la matière (RAONI, 1952). Cette disposition a été maintenue dans le Cameroun sous tutelle, non sans rappeler que les tarifs pratiqués étaient peu élevés (RAONU, 1957).

On se rend compte qu'aussi bien au Sénégal qu'au Cameroun, le système sanitaire, en particulier le régime hospitalier, révèle une ségrégation mise en évidence par l'établissement de catégories conférant des avantages, privilèges (pour les soldats, fonctionnaires et assimilés) et privations (pour les indigènes).

2.b. La gratuité dans le contexte spécifique de la tuberculose et des maladies vénériennes

La gratuité de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal et au Cameroun remonte à la période coloniale, à l'occupation

française notamment. La tuberculose, fortement contagieuse, davantage propagée dans les zones pauvres et requérant l'isolement, ses victimes apparurent très tôt comme des cas sociaux nécessitant l'assistance ou la sollicitude de l'administration. D'office, les tuberculeux étaient donc hospitalisés et traités gratuitement au même titre que les indigents.

Au Sénégal, la gratuité de traitement du patient tuberculeux a toujours constitué le principe directeur de la lutte contre cette maladie. Cette politique de gratuité s'est maintenue avec la mise sur pied du projet «Sénégal 19» en 1967(PNT, 2007 et voir chapitre 2). Elle s'est poursuivie avec l'organisation de la lutte dans le cadre d'un programme en 1984. Au Cameroun aussi, la prise en charge de la tuberculose fut gratuite tout au long de la période coloniale: dépistage, vaccination au BCG, traitement, suivi des malades, hospitalisation. Même avec l'avènement des antibiotiques antituberculeux au début des années 1950 et la création des centres de pneumo-phthisiologie à Douala et Yaoundé, la gratuité fut maintenue: la seule nouveauté, au lendemain de l'indépendance en 1960, étant l'institution des frais de consultation qui s'élevaient à 600 francs CFA.

Dans le cas spécifique des maladies vénériennes, au Cameroun, Gustave Martin (1921) rapporte que dans les années 1920, «la prophylaxie des maladies vénériennes a consisté à assurer gratuitement, au lendemain de la conquête, dans les grands centres et les postes médicaux, le traitement de syphilitiques et des blennorragiques». Dans les années 1950 et en marge de l'ouverture des dispensaires antivénériens à Douala et à Yaoundé, les malades vénériens étaient soignés gratuitement au même titre que les autres malades dans les hôpitaux et dispensaires (RAONI, 1953).

Quant aux actions en faveur de la gratuité du traitement pour les personnes vivant avec le VIH, elles ont démarré pour la plupart en 2000 dans les pays en développement à la suite de la baisse du prix des ARV. Au Sénégal, en 1998 est créée, sur fonds gouvernementaux, l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV). Cette initiative, limitée au début à trois sites de traitement basés à Dakar, reposait sur la participation financière des patients suivant leur niveau socio-économique (Lanièce et al., 2002). Par la suite, tirant profit de l'initiative

Access de l'ONUSIDA, rendue possible par une réduction des prix des ARV sur le marché international, l'ISAARV va être étendue à d'autres régions. La disponibilité des traitements antirétroviraux s'est accrue et le niveau de participation des patients a sensiblement baissé. Le Cameroun va aussi adhérer au programme *Access* et grâce à la grande mobilisation des bailleurs de fonds internationaux, une baisse drastique du coût des ARV a été réalisée entre 2001 et 2005.

En 2003, la gratuité totale des traitements antirétroviraux fut proclamée au Sénégal au moment où l'OMS lançait son appel pour un accès universel aux ARV par le biais de l'initiative *Three by five* «3 millions d'ici 2005». Cette stratégie visant à mettre trois millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA sous traitement à la fin de l'année 2005 dans les pays à faibles ou moyens revenus a renforcé l'engagement des États, dont le Sénégal et le Cameroun, en faveur d'un accès gratuit aux traitements, aux soins et aux services d'appui. Cependant, au Cameroun, la décision de rendre gratuits les ARV ne sera prise qu'en mai 2007.

3. Les conditions actuelles de la mise en œuvre de la gratuité

Au Sénégal et au Cameroun, la gratuité de la prise en charge de la tuberculose et du VIH porte essentiellement sur les médicaments. En ce qui concerne le VIH, le bilan virologique (numération des CD4 et mesure de la charge virale) est gratuit au Sénégal; au Cameroun il est fortement subventionné et sont gratuits les traitements des infections opportunistes les plus graves. Au Sénégal, les frais de consultation et d'hospitalisation, les ordonnances, les autres examens entrant dans les bilans d'inclusion et de suivi¹ des patients, les frais liés au diagnostic et au traitement des maladies opportunistes sont à la charge des patients (Canestri *et al.*, 2002). Nous avons une situation similaire au Cameroun pour les patients adultes, même si la plupart des prestations font l'objet d'exonérations, toutefois entravées par

¹ Ce sont généralement les transaminases, créatinémie, numération formule sanguine.

les possibles ruptures de réactifs et de médicaments qui font que les services sont alors obtenus au coût réel.

En ce qui concerne la tuberculose, le coût de plusieurs prestations entrant dans sa prise en charge est supporté par les patients dans les deux pays. Ainsi, au Sénégal, les patients participent aux frais de dépistage englobant les frais de consultation, de diagnostic bactériologique et de radiographie pulmonaire (PNT, 2007). Au Cameroun, le coût du dépistage dépend du niveau de spécialisation de la formation sanitaire, pouvant autoriser des examens payants (comme la fibroscopie). La gratuité de la prise en charge de la tuberculose et de l'infection à VIH n'est donc pas totale. On verra par ailleurs que cette gratuité se déploie différemment suivant la pathologie concernée (tuberculose ou VIH). Concernant le VIH plus spécifiquement, des différenciations sont notées dans l'accompagnement médical et psychosocial des malades.

3.a. L'«exception-sida» dans la gestion des maladies : reflet des niveaux de gratuité distincts entre pathologies

Au Sénégal et au Cameroun, la gratuité des traitements du VIH et de la tuberculose est rendue possible par différents mécanismes. Dans le cas du VIH, en plus de l'intervention de l'État, la prise en charge mobilise des financements provenant des fonds internationaux (Fonds mondial), d'ONG (fondation Clinton, Esther...) et d'associations diverses. Cette manne financière que draine le VIH se traduit par une mise à disposition de médicaments au niveau des centres de soins. Dans certaines structures, divers services – en particuliers ceux qui accueillent des recherches – sont offerts aux patients notamment la fourniture gratuite de médicaments, la distribution régulière de kits alimentaires, l'organisation d'activités d'accompagnement psychosocial (visites à domicile, groupes de paroles...), le paiement de frais d'examens, le remboursement de frais de transport. Ceci confère une certaine spécificité à la gestion du VIH au sein des structures sanitaires. Bénéficiant de financements plus conséquents, les PVVIH apparaissent comme des patients «mieux pris en charge». La comparaison avec les patients tuberculeux, notamment, traduit cette différence. «Les VIH ont plus de chance que les tuberculeux», nous dit un

infirmier sénégalais. La mise en concurrence des pathologies, que d'aucuns qualifient de stérile (CNS, 2007), est donc toujours présente dans les esprits de certains professionnels de soins. C'est ce qu'exprime ce médecin sénégalais :

Moi je suis VIH+, tout est gratuit pour moi : la consultation, les médicaments, finalement c'est une chance d'avoir cette maladie. On a beau dire que c'est une maladie sociale, moi je pense que toutes les maladies, quelque part, sont des maladies sociales : le diabète, la tension, le palu. La tuberculose, c'est les mêmes problèmes sociaux que le VIH. J'ai l'habitude de dire que la tuberculose, c'est le VIH sans les sous. La tuberculose, c'est le même profil de malade que le VIH avec ses incidences sociales, économiques mais sans avoir toutes ces ressources humaines, cette mobilisation communautaire autour de la prise en charge, sans avoir de véhicules pour les visites à domicile...

Au Sénégal la gratuité des traitements de la tuberculose a été déployée à un niveau essentiellement étatique jusqu'à ce que le pays bénéficie des financements du Fonds mondial. Aussi bien au Sénégal qu'au Cameroun, on note une faible implication des ONG dans la lutte contre cette pathologie (voir chapitre 11). De ce fait, la tuberculose est toujours décrite comme le « parent pauvre » des systèmes de santé, au regard du sida. Cela se traduit, dans les structures visitées, par des défaillances notoires dans la gestion de cette pathologie. Ainsi, dans un centre de santé au Sénégal, depuis 3 ans, aucune supervision n'a été menée au niveau des postes de santé où les activités ont été décentralisées, faute de moyens financiers. L'insuffisance des supports liée à la non-disponibilité de moyens logistiques apparaît de façon récurrente sur les rapports d'activités provenant de ce centre de traitement.

Cette insuffisance des ressources explique la démotivation observée chez les personnels prenant en charge la tuberculose dans les structures sanitaires. Les avantages dont le programme de lutte contre le VIH bénéficie (ressources humaines, valorisation de l'expertise à travers des formations multiples, accompagnement psychosocial) renforcent leur frustration. Les mauvaises conditions de travail et l'exposition plus forte à la contagion,

ajoutées au peu d'intérêt financier résultant de cette prise en charge, expliquent ce sentiment :

C'est un travail avec lequel tu es exposé et tu n'a pas une once de motivation. Les patrons du PNT roulent dans de belles voitures alors que nous on est exposé et rien derrière. On nous demande des choses qu'eux-mêmes ils ne font pas... Ils font fi des normes et nous demandent des résultats. On nous tire vers le haut sans s'arrêter et nous écouter. Nous on fait ce qu'on peut. On a mis les charrues avant les bœufs. Les bœufs, ça doit être un personnel suffisant et en qualité. Ce personnel, il faut le convaincre, pas le tirer. Dans les normes, la décentralisation de la tuberculose dans un district pareil devrait atteindre 7 postes; chez nous, elle n'est effective que dans 5 postes, confie un médecin officiant dans un centre de santé.

On constate ainsi une différenciation dans la mise en œuvre de la gratuité selon qu'on se situe dans un contexte de prise en charge du VIH ou de la tuberculose. Au Sénégal, celle-ci, dont la gestion repose principalement sur une subvention gouvernementale, ressent plus les dysfonctionnements du système de santé (déficit en infrastructures, manque d'équipements, insuffisance des personnels de qualité...); ce qui est le contraire du VIH où l'importance des ressources financières et matérielles donne l'image d'une capacité de gestion idéale de la maladie et masque ce faisant les difficultés du système. On va voir cependant que cette image peut n'être qu'apparente et que, suivant les contextes, on ne profite pas de cette gratuité de la même façon.

3.b. Une décentralisation du VIH corollaire d'une gratuité à deux vitesses

Au Sénégal, la mise en œuvre de la gratuité du VIH est différente selon le niveau où se situe le site de prise en charge dans la pyramide sanitaire. Dans certains espaces de soins situés au niveau central où interviennent une multitude de partenaires, la quasi-totalité des prestations liées à cette maladie sont gratuites. C'est le cas du centre de traitement ambulatoire (CTA) où on propose un paquet complet de prestations et de services (médicaux, psychosociaux, nutritionnels) non payants. En effet, le CTA dispose d'une pharmacie délivrant gratuitement des médicaments

contre les infections opportunistes et le coût du bilan est pris en charge par la structure. Un fonds est destiné à l'achat de médicaments non disponibles au centre et au remboursement des frais de transport. Des dons de kits alimentaires sont occasionnellement organisés. On retrouve le même procédé au niveau du Centre de recherche clinique sur le VIH, à Dakar. Les patients ont, en plus, la gratuité complète de la consultation, des bilans cliniques, des ordonnances, et bénéficient d'un remboursement des frais de transport, ceci durant tout le temps que va durer leur enrôlement dans un essai clinique.

Par contre, ces deux modes de traitement en vigueur dans des structures situées au niveau central, «spécialisées» dans la prise en charge du VIH, sont différents de celui accordé aux patients suivis au niveau décentralisé. Ces sites n'ayant généralement qu'un seul partenaire financier actif ne peuvent accorder les mêmes avantages à leur cohorte de patients. Dans un centre de santé situé au niveau régional, le bilan de pré-inclusion y coûte le double du prix appliqué au CTA² et le bilan de suivi se limite généralement au contrôle du taux de CD4. En outre, l'aide financière ou nutritionnelle accompagnant cette prise en charge y est ponctuelle. Dans un hôpital régional, la prise en charge des PVVIH se limite à une distribution d'ARV, seul acquis dont la disponibilité est garantie, encore que les formules pédiatriques posent toujours problème (rupture au moment de l'enquête). Le cotrimoxazole, en rupture pendant plus de deux mois dans cet hôpital, est à la charge des patients, comme du reste les autres médicaments contre les infections opportunistes.

Dans les faits, on ne peut pas parler de l'existence d'un véritable accompagnement psycho-social dans les sites périphériques. En effet, on note une rareté des distributions de kits alimentaires, d'appui pour l'achat de médicaments, une irrégularité des groupes de paroles, l'inexistence de certaines activités en vigueur dans les sites situés au niveau central comme les clubs d'observance, l'éducation thérapeutique. Dans un centre de santé, aux dires de l'assistant social, seules 15 personnes sur une cohorte de plus de 800 patients ont bénéficié d'une

² Le bilan coûte 11000 FCFA au centre de santé de Kaffrine, situé dans la région de Kaolack et 5500 FCFA au CTA.

aide en vivres pour l'année 2008. Durant cette même année, le service social n'a disposé que de 20000F CFA pour l'achat d'ordonnances. Bon nombre d'autres privilèges, accordés aux patients du niveau central, échappent à ceux suivis au niveau décentralisé: au CTA un petit-déjeuner est offert à tout patient venu en consultation et les patients hospitalisés dans les autres services de l'hôpital peuvent se procurer un repas au centre par l'intermédiaire de leurs accompagnants. Au niveau du centre de recherche, un rappel de la date du rendez-vous par téléphone peut être fait au patient.

On se rend compte ainsi d'une gratuité du VIH à deux vitesses induisant une différenciation des traitements selon que le patient est suivi au niveau central ou décentralisé. Autant, on est en présence d'un paquet complet de services gratuits pour les PVVIH au premier niveau, autant la gratuité est quasiment absente dans les sites décentralisés où la gratuité se limite aux médicaments. On y note d'ailleurs un surcoût de la prise en charge, lequel s'accroît dans des contextes de mise en œuvre de la PTME où la multiplicité des lieux de prise en charge (pédiatrique, de la mère, psychosociale) et la fluctuation de l'approvisionnement en lait augmentent le poids financier.

Cet état de fait constitue une entrave à la politique de décentralisation amorcée depuis 2003 au Sénégal. En effet, ces différenciations de traitement sont au cœur des explications sur le faible succès des tentatives de transfert des patients vers la localité d'origine. Des refus de la part de patients sont souvent notés lors d'une évocation de transfert. Outre la peur d'une plus forte stigmatisation, ce refus est surtout dû à une incertitude quant à l'accès aux mêmes privilèges dans les structures périphériques. Des cas de patients référés et qui reviennent au bout d'un certain temps, rapportés par les professionnels ou rencontrés au cours de notre enquête, sont une conséquence du poids de cette différenciation des traitements. C'est le cas de cette patiente transférée à Touba et qui revient pour requérir un nouveau transfert au CTA. «Là-bas, on ne soigne pas mes abcès, on ne me donne jamais de Bactrim³», invoque-t-elle comme argument devant le médecin. Le nombre de perdus de vue dans

³ Nom communément donné au cotrimoxazole.

les sites périphériques est alors considérable, dû à la rareté des moyens permettant d'effectuer leur recherche.

Au Cameroun, il n'existe pas cette différenciation entre le niveau central et le niveau périphérique. L'accès à la gratuité des médicaments est uniformisé dans tous les CTA-CDT et UPEC-CDT du Cameroun. Cependant, les pratiques de prise en charge peuvent atténuer voir annihiler l'effet de la gratuité chez les patients. En effet, le coût du dépistage de certaines formes de tuberculose, par exemple, peut être souvent élevé. De plus, dans certaines structures, notamment dans celles où exercent des spécialistes en pneumo-phtisiologie, donc du niveau central, les patients ont – nous l'avons dit – la possibilité de faire plus d'exams pour le dépistage de la tuberculose que dans celles où on n'en trouve pas.

La prise en charge demeure encore lourde pour bon nombre de personnes atteintes dans les deux pays, en dépit de l'intervention d'une multitude d'acteurs dans la prise en charge. Au Sénégal, lors des groupes de paroles, ce sont les préoccupations financières qui sont les plus mentionnées par les participants; ce qui explique les propos de cet assistant social au début de chaque séance: «il faut que ça soit clair; on peut discuter de toutes sortes de sujet sauf de problèmes d'argent. On n'est pas là pour résoudre des problèmes financiers». Cette mise en garde n'empêchera pas certains de soulever des difficultés liées à l'achat de médicaments, au paiement de frais d'examen... Ces contraintes sous-tendent d'ailleurs l'intégration des PVVIH à une association où la perspective d'assistance financière prend souvent le pas sur l'esprit de militantisme. En effet, la plupart des membres interrogés ont «découvert» l'association à un moment particulier de leur parcours thérapeutique caractérisé par des difficultés financières affectant leur prise en charge. Comme le révèle la présidente d'une association de PVVIH,

Ici, tout le monde est dans le besoin. Ce sont les personnes pauvres qui sont dans l'association; les personnes nanties on ne les voit pas; elles ne veulent pas connaître les associations. Nos membres sont des veuves, des chefs de famille qui ont souvent des problèmes de location.

Le phénomène des « doubles bénéficiaires », très présent dans le milieu associatif, découle d'ailleurs de cette primauté du besoin de soutien financier sur l'activisme. Étant pratiquement tous membres de deux à trois associations, les PVVIH doivent composer avec les aléas de financement des structures partenaires.

Au CPS, ils ont de l'argent en général en début du mois. Quand tu reçois une ordonnance après le 15, ce n'est pas la peine d'y aller; tu as de maigres chances d'être aidé, nous dit une patiente.

3.c. Pratiques médicales tributaires de la gratuité

Les pratiques de soins, dans un contexte de prise en charge différenciée, sont souvent tributaires de la gratuité. Au Sénégal, dans le cas du traitement du VIH ou de la coinfection, on observe une catégorisation des malades selon qu'ils bénéficient d'une couverture financière ou non. Cette catégorisation, généralement fondée sur la disponibilité d'une assurance-maladie, l'affiliation à une association ou l'inclusion à un essai clinique détermine la qualité du suivi médical. Dans les sites décentralisés où la plupart des services liés au VIH sont payants, le bilan est minoré au seul examen gratuit (contrôle du CD4 en général) et le traitement des infections opportunistes se fait souvent sans examen complémentaire. En effet, les prescriptions d'examens de diagnostic et de médicaments de spécialités y sont rares. Elles sont limitées à une minorité de patients « solvables », critère jaugé ici par cette question posée par le médecin au moment de rédiger l'ordonnance « Avez-vous une assurance maladie? », « Avez-vous de l'argent? Sinon ce n'est pas la peine ». Ce discours « Faites lui une radiographie, c'est un patient ANRS » renseigne sur l'impact que le statut du patient a sur la décision d'inclure ou non un type de diagnostic dont le prix est jugé hors de portée de celui-ci. La demande d'un scanner ou d'une fibroscopie nécessaire à un diagnostic peut se retrouver inexprimée devant un patient « non affilié », donc naturellement incapable d'assumer les charges de tels examens. « C'est toujours une perte de temps que de prescrire des analyses; ici les gens n'ont pas les moyens pour ça », nous dit un médecin officiant dans un hôpital régional. La situation est différente au Cameroun où les prescriptions sont généralement faites indépendamment des considérations

socio-économiques. Néanmoins, face aux difficultés financières auxquelles sont confrontés certains patients, les médecins adoptent deux attitudes: s'en tenir à leur canevas habituel de prise en charge, ce qui suppose que le patient a obligation de fournir les examens qu'on leur prescrit, ou alors se limiter au strict minimum.

Ces pratiques comportent bien évidemment des conséquences sur le suivi du malade. L'explication fournie ici par un médecin au Sénégal montre tout le poids de ces défaillances sur la qualité de la prise en charge:

Ils [les patients] doivent faire des bilans réguliers parce que ça permet d'agir sur le traitement ... mais beaucoup n'arrivent pas à le faire parce qu'il n'est pas gratuit. Une femme enceinte par exemple, doit commencer une prophylaxie antirétrovirale à la 28^e semaine de grossesse; mais la 28^e semaine, faut-il encore la repérer; seule l'échographie permet de dater la grossesse et ça coûte 10000 F CFA. C'est ce genre de contraintes qu'on vit; on travaille mais on sait qu'il y a beaucoup de manquements.

Ces défaillances se remarquent aussi dans une situation de coinfection tuberculose/VIH. En effet, les manifestations atypiques de la tuberculose chez un sujet séropositif⁴ nécessitant des investigations autres que la bascilloscopie, des médecins, au Cameroun, étaient contraints de procéder à une prescription de substitution pour ces patients dont la plupart ne peuvent supporter le coût des examens complémentaires, non exonérés. D'ailleurs, dans l'un des sites de recherche, l'un des reproches qui était fait aux médecins par le PNLT était d'avoir plus de patients TPM- que TPM+. Situation assez frustrante pour les médecins qui se sont retrouvés incriminés pour une «faute médicale» qu'ils sont loin de commettre volontairement.

Il ressort de cette analyse que la gratuité de la tuberculose et du VIH, telle qu'elle est actuellement mise en œuvre, est loin de résoudre les problèmes d'accès aux soins. Cette situation explique les demandes d'aide financière quotidiennement reçues par les services sociaux de la part des patients souffrant de ces deux

⁴ Chez une personne séropositive, le crachat peut rester fortement négatif bien que le patient développe une tuberculose.

pathologies. Dans cette perspective, on peut se demander quelles formes vont prendre les négociations engagées par ces derniers au cours de la quête de soins, dès lors qu'ils sont confrontés à des situations supposant une prise en charge qui n'est pas parvenue jusqu'ici à évacuer la relation financière les liant aux soignants. Leur prise en charge dans ces services, comme on va le voir, sera malaisée car devant s'effectuer dans un contexte d'assistance des pauvres limitée, sur fond de perceptions de la maladie en évolution.

4. Effets des représentations sociales sur les prises en charge gratuites

Les arguments en faveur de la gratuité du traitement de la tuberculose, comme l'a fait ressortir l'analyse historique, ont toujours reposé sur sa corrélation avec la pauvreté. La précarité dans laquelle vivent la majorité des personnes atteintes rendait normal un mode de prise en charge reposant sur le non-paiement des soins. De son côté, la gratuité du traitement du VIH, maladie liée à une forte stigmatisation, est particulièrement défendue. Un assistant social au Sénégal remarque ainsi :

Le VIH rend pauvre... Il occasionne des pertes de travail ; les gens qui souffrent de cette maladie sont la plupart des soutiens de famille et doivent assumer beaucoup de charges... Cela fait que la plupart d'entre eux ne peuvent pas acheter leurs ordonnances ; ils n'ont pas les moyens. Instituer la gratuité est à mon avis la seule façon de faire reculer cette pandémie.

Cependant, même si différents arguments sont avancés pour justifier cette politique, liée entre autres à l'efficacité de la prise en charge et, pour le VIH en particulier, au renforcement du système de santé (CNS, 2007), elle est critiquée par bon nombre de professionnels, aussi bien au Sénégal qu'au Cameroun. Beaucoup d'entre eux pensent qu'avec la gratuité, les patients « ne veulent fournir aucun effort pour leur prise en charge », « pensent que tout leur est dû », « ne valorisent pas les soins ». La question de la pérennité plus particulièrement, hante les esprits, ce qu'exprime ce professionnel : *On se pose toujours cette question : « jusqu'à quand ? » ... à tel point qu'au Cameroun,*

certaines professionnels n'hésitent pas à proposer que le patient participe aux frais liés au traitement antirétroviral.

Je pense qu'il est temps qu'on demande aux patients de participer pour les ARV. De toutes les façons la gratuité va bien s'arrêter un jour. Ça ne peut pas durer éternellement Ils seront bien obligés de payer un jour.

Dans le cas de la tuberculose, l'efficacité de cette gratuité sur l'adhésion au traitement est même remise en cause par ce médecin au Sénégal:

La gratuité des soins ne résume pas la prise en charge; ... on dit «les médicaments sont gratuits, il n'y a plus de problèmes». Il y a plus de problèmes quand les médicaments sont gratuits. Le tout, ce n'est pas seulement de prendre les médicaments. La première étape c'est d'abord d'accepter la maladie et de se soigner. La plupart de nos patients quand ils vont mieux, ils arrêtent de prendre les médicaments. On leur dit qu'il faut huit mois pour guérir, ils arrêtent quand même. Donc, le problème ce n'est pas la gratuité mais l'observance.

Au-delà des arguments pour ou contre la gratuité – et sans naturellement oublier, point de toute façon fondamental, qu'elle a permis l'accès aux traitements de milliers de personnes dans ces deux pays –, nous allons nous arrêter ici sur les réalités de la mise en œuvre de ces politiques dans les structures sanitaires en contexte de déficit d'assistance aux pauvres et au regard des perceptions liées à ces deux maladies.

4.a. Le VIH et la tuberculose, des maladies de la pauvreté?

«La tuberculose est une maladie de la pauvreté», «Le VIH est une maladie qui rend pauvre». Ces deux expressions sont revenues sans cesse dans les discours des professionnels et montrent que l'indigence occupe une place importante dans la construction des représentations portées sur les deux maladies. «Ici, pauvreté rime avec sida; sur 10 malades, 8 sont des pauvres», nous révèle l'assistant social d'un centre de santé au Sénégal. Ce discours est étayé par celui de ce médecin:

Le VIH est en partie lié à une précarité sociale. Prenons l'exemple de la PTME. En Europe, c'est 100% de garantie; il n'y a pas de transmission mère-enfant alors qu'ici, ce n'est pas

le cas. La patiente qui est venue ce matin, elle réclame des pots de lait alors qu'elle a déjà reçu 6 pots de lait. Elle en réclame parce qu'elle a des problèmes. Il y a des femmes qui ont arrêté parce qu'il y a eu des ruptures et les moyens ne suivent pas; elles ont dû recommencer à allaiter au sein, réduisant ainsi les efforts faits à néant.

On retrouve les mêmes remarques, dans des contextes de traitement de la tuberculose où la précarité dans laquelle vivent les personnes souffrant de cette pathologie est citée de façon récurrente par les personnels de santé:

Les contraintes rencontrées sont en rapport avec le faible niveau de vie de la plupart de nos malades. Dans le traitement de la tuberculose, l'idéal serait d'avoir un bilan pré thérapeutique incluant les transaminases, créatinémie, glycémie. Le coût d'hospitalisation inclut les frais de bilan minimum; mais la plupart des patients ne paient pas la caution à l'entrée; c'est soit 3 jours après, une semaine, ou jamais.

Pour la tuberculose et le VIH donc, le statut de pauvre est mis en avant par les professionnels de santé au cours de la relation thérapeutique. L'étiquette de «cas sociaux»⁵ est alors d'emblée collée aux patients séropositifs et/ou tuberculeux. De cette appréhension fortement liée au caractère social de ces pathologies découlent des formes de soutien particulières reliant les praticiens aux patients. Une aide leur est ainsi gracieusement fournie (billet pour le transport); ce qui participe d'une perception du patient séropositif ou tuberculeux, à qui on doit naturellement apporter de l'aide,

La plupart du temps, ce sont des gens démunis; quand ils nous sollicitent pour des questions d'argent; on est obligé parfois de mettre la main à la poche.

Dans ce registre d'aide, l'orientation au service social est la plus utilisée par les soignants, où, pour des raisons que nous allons décrire, l'aide octroyée n'est pas systématique.

⁵ Dans les structures sanitaires, le «cas social» désigne le patient se trouvant dans l'incapacité de s'acquitter des frais que requièrent ses soins.

4.b. *La prise en charge des tuberculeux et patients VIH «cas sociaux»*

Il nous semble important, avant de discuter de cette question, de revenir sur les tentatives d'identification des patients pauvres, appelés «cas sociaux» dans les structures sanitaires ainsi que les formes d'assistance qui en découlent. Au Sénégal et au Cameroun, l'identification de ces types de patients se fait dans les services sociaux au sein des formations sanitaires. La fonction du service social est cependant très limitée dans la pratique où on s'aperçoit que les demandes d'assistance reçues sont loin d'être globalement satisfaites. Pour différentes raisons, l'offre ne correspond généralement pas à la demande tant du point de vue du plafond de la prise en charge que de l'effectif. Ainsi, comme l'explique ce Chef de service social:

On a les mains liées. On te dit «tu gères le social» mais on ne te donne pas un sou. Comment peut-on gérer le social sans argent? On est tout le temps sollicités.

Ou encore, cet assistant social:

Nous n'arrivons pas à faire correctement notre travail. Non seulement le budget (500 000 F CFA) qu'on nous donne pour gérer tous les cas d'indigence de l'hôpital est insignifiant, mais ce n'est pas nous qui décidons. On soumet le dossier au directeur de l'hôpital. C'est lui qui a le dernier mot.

Au Sénégal, ce rôle des services sociaux dans l'assistance s'est trouvé amoindri avec l'accélération du processus de décentralisation⁶ qui s'est traduite par une plus grande responsabilisation des formations sanitaires dans la gestion des ressources propres. Devant une exigence de recouvrement des coûts, la prise en charge des indigents est donc loin d'être une priorité. Dans d'autres contextes ouest-africains, une tendance à la thésaurisation chez les gestionnaires communautaires des structures de santé où la trésorerie est importante a été même relevée (Ridde, Girard, 2004).

⁶ Au Sénégal, la décentralisation est entrée dans sa phase décisive en 1996 avec le transfert par l'État de neuf domaines de compétences, dont la santé, aux collectivités locales.

Ce mode de fonctionnement des structures de santé qui repose sur le maintien d'une viabilité financière pèse fondamentalement sur l'orientation portée à la politique sociale concernant les malades. Le système d'aide aux démunis fonctionne en réalité sur un mode confidentiel pour éviter l'explosion des cas ; ce qui fait que le rôle des services sociaux est rarement connu par la majorité des populations. La plupart des indigents ignorent ainsi que des possibilités d'aide existent au sein des structures de soin ; ce qui fait dire à cet aide-social :

Il n'y a pas de politique de propagande du service social contrairement à ce qui se passe quand un nouveau service médical est mis en place. Ils vont à la radio pour dire « un nouveau service ORL est maintenant installé ». Nous, on n'a pas ça. La raison est que le service social consomme plus qu'il ne génère des profits à l'hôpital. Maintenant, la logique des hôpitaux est une logique de profits, pas de dépenses.

Ainsi, les services sociaux sont pour la plupart dépourvus d'autonomie financière et sont confrontés à des limites dans la prise en charge de ceux qu'ils identifient comme pauvres. Seule une minorité des demandes d'aide sont satisfaites, et les exemptions proposées sont généralement partielles même pour les patients qui présentent un certificat d'indigence censé leur garantir la gratuité totale des soins.

Le service social ne peut pas faire la gratuité. On évite autant que l'on peut la gratuité ; on voit avec le malade jusqu'où il peut aller dans la participation...il faut que je fasse faire de l'économie à la structure aussi, explique le Chef de service social d'un hôpital.

Aussi, le fait d'être reconnu comme cas social n'annule pas la participation aux soins.

En l'absence de mécanismes d'identification rigoureux, on se base le plus souvent sur l'interrogatoire seul pour estimer le niveau de contribution financière des patients qui se réclament indigents. Cet interrogatoire comporte plus de questions visant à cerner « le réseau de soutien » du demandeur d'aide qu'à évaluer son pouvoir économique individuel (voir le chapitre 12 pour une vue globale de ces aspects socio-économiques). Cela montre un

changement de perception porté sur le patient pauvre dans les structures sanitaires qui se définit, ici, non plus comme une personne ne disposant d'aucun revenu propre pour subvenir à ces soins, mais plutôt comme une personne dépourvue de « soutiens sociaux ». La décision d'exonérer ou non repose finalement sur des critères subjectifs. C'est la compassion, voire le degré d'affinité avec le malade qui, le plus souvent, guident le choix d'exonérer ou non les frais du patient ; ce qui explique l'existence de « faux cas sociaux » pris en charge gratuitement dans les structures de santé mais qui, la plupart du temps, ont justifié seulement de leur statut de « recommandé ».

L'identification des patients tuberculeux et/ou VIH « cas sociaux » obéit à la même logique. C'est la même subjectivité qui détermine la plupart du temps les critères mis en avant par les soignants pour identifier les patients pauvres. « Je n'ai pas de critères d'indigence vraiment je n'en ai pas, c'est comme si je le ressentais après avoir entendu le patient », « Je sais que ce patient est pauvre rien qu'en le regardant », nous ont dit des professionnels de santé. Devant l'absence de moyens de vérification adéquats de l'état d'indigence, il n'y a que ce « ressenti » qui semble être à leur portée. Ce que traduit ce médecin d'un service antituberculeux :

Les patients qu'on voit ici ne sont pas forcément des gens pauvres. Il y a plein de gens dont les renseignements concernant les revenus et leur origine sont faux. Quelqu'un qui nous dit qu'il est un cultivateur, on ne peut pas le vérifier, on n'a aucun moyen de vérifier. Il y a des gens qui nous mènent en bateau.

En outre, tout comme dans l'assistance des cas sociaux évoqués précédemment, l'octroi ou le refus d'aide dans les services de traitement du VIH qui disposent de financements ponctuels peut être largement arbitraire. Il n'est pas rare de voir un prestataire faire part, sur le ton de la confiance, de la disponibilité imminente de financement à un patient renvoyé pour cause de rupture de fonds et de taire cette information devant un autre, pourtant démuné. Le professionnel fait ainsi face au « coût symbolique » (Desclaux, 2005) dans l'identification du pauvre où c'est plus l'empathie, le degré d'affinité avec le patient qui détermine son choix.

Par ailleurs, on assiste de plus en plus à une évolution de la perception de ces maladies comme liées à la pauvreté. La tuberculose, qui s'est davantage propagée dans les zones n'ayant pas forcément les prévalences de pauvreté les plus élevées⁷, a changé la vision d'une maladie qui atteint exclusivement des gens démunis. Les discours de ces professionnels exerçant dans des services de traitement de la tuberculose l'attestent :

La tuberculose est une maladie de la promiscuité mais pas de la pauvreté. C'est différent. C'est vrai que ceux qui sont pauvres vivent dans la promiscuité. Mais aujourd'hui, en milieu urbain, avec la crise du logement, une maison spacieuse est introuvable; il y a plein de gens qui vivent dans la promiscuité sans pour autant être pauvres.

La tuberculose n'est pas la maladie des pauvres, c'est une maladie des rassemblements. Celui qui vit dans une baraque et celui qui vit dans un bâtiment à étage ont la même probabilité de l'attraper.

D'un autre côté, la tuberculose comme maladie uniquement de la pauvreté est remise en question par la coinfection avec le VIH. Celui-ci a modifié la perception de la tuberculose comme maladie de la précarité en ce sens qu'aucune catégorie sociale n'est maintenant épargnée. «Le VIH a démocratisé la tuberculose», «Avec le VIH, on voit que la tuberculose touche tout le monde maintenant! Pauvre comme riche» sont des constats effectués par les soignants.

4.c. Lorsque la gratuité crée de la discrimination envers les PVVIH: cas du Sénégal

La gratuité des soins entraîne généralement des pratiques discriminatoires envers les personnes qui la réclament. Dans les structures de santé, les personnes justifiant d'une prise en charge gratuite sont «mal vues». Entrent dans cette catégorie, en plus des cas sociaux avérés, les fonctionnaires bénéficiant du système obligatoire de sécurité sociale et les patients bénéficiant de politiques de gratuité, à l'instar des tuberculeux et des patients VIH. Divers procédés sont ainsi utilisés à leur encontre. Du refus

⁷ Au Sénégal, c'est ainsi dans la région de Dakar où sont enregistrés le plus grand nombre de tuberculeux (plus de la moitié) chaque année.

systématique de la demande à des tentatives de découragement, tous les moyens semblent bons pour « se débarrasser » de ce type de patients. « Au service de neurologie, quand tu viens avec un papier de prise en charge, ils te donnent un long rendez-vous alors que si tu payes, ils te prennent à l'instant », nous révèle un patient. Dans d'autres cas, les contraintes que peuvent occasionner les réductions consenties par le service social sont contournées d'une autre manière, comme nous le rapporte ici un médiateur : « si tu dois faire un scanner et qu'ils te voient avec un papier, ils te demandent de payer le prix des produits utilisés, ce qui revient au coût des prestations sans réduction ».

Les PVVIH n'échappent pas à cette « règle ». Le statut de « privilégié » qui leur est conféré fait que les demandes d'aide faites au niveau des services sociaux sont rarement satisfaites. « Le CTA a de l'argent », avons-nous entendu plusieurs fois rétorquer au médiateur venu solliciter au service social central une réduction pour un patient du CTA. Cette représentation du PVVIH influe sur les critères attribués au cas social ainsi que tous les privilèges qui s'y rattachent : « Les malades VIH n'ont pas besoin de venir ici ; il y a un projet qui les aide dans leur structure ; je ne vais pas les prendre en charge alors qu'il y a d'autres patients qui ont plus besoin de cet argent », nous dit un Chef de service social. Les demandes d'aide faites au niveau des services sociaux au profit de ces patients obtiennent ainsi peu de succès. À la limite, elles font l'objet d'une exonération insignifiante. On se rend compte que se crée une forme de discrimination dans la prise en charge « sociale » des patients VIH qui, même s'ils peuvent être perçus comme pauvres *a priori*, ne sont pas nécessairement traités comme tels au niveau des services accrédités. Ils sont assimilés à ce que Castel (1995) a décrit comme des « indigents valides », donc capables de travailler et de subvenir aux dépenses liées à leurs soins.

Cette discrimination est plus accentuée envers les « associatifs » supposés bénéficier d'aide de la part de leur organisation d'affiliation. Dans les sites confrontés à des effectifs importants, les patients qui ne sont affiliés à aucune association sont prioritaires dans l'appui à la prise en charge ; ce qui a conduit des « associatifs » à affirmer : « Maintenant les non associatifs sont mieux aidés que nous » ; « Ici, on n'oublie parfois qu'on est des

PVVIH». Les membres d'association éprouvent ainsi de plus en plus de difficultés à se faire prendre en charge en particulier au CTA. Un médiateur venu plaider auprès du bureau social la cause d'une patiente à qui on avait prescrit un examen se voit opposer un refus sous prétexte que cette dernière est membre d'une association. Le médiateur cherchera à convaincre l'assistant social que la patiente n'est pas un de leurs membres en vain et qu'elle a précisément besoin d'aide. À cette autre patiente qui avait introduit une demande d'aide pour un examen, on rétorquera : « Les sous ne sont pas pour les associatifs ».

5. Conclusion

La gratuité du traitement de la tuberculose et du VIH est largement déterminée par l'empreinte sociale de ces deux pathologies. Comme c'était déjà le cas à l'époque coloniale, les personnes souffrant de la tuberculose sont considérées comme des pauvres *a priori*. Pour autant, elles ne bénéficient pas d'un traitement social dans les structures de traitement, tout comme les PVVIH, confrontées à une gratuité partielle et à une discrimination « en retour » que réserve le système de santé à tous ceux qui justifient de soins non payants. Les obligations de « rentabilité » amènent ainsi les formations sanitaires à s'inscrire dans un processus de redéfinition de l'indigence. Même si les dispositifs réglementaires concernant les patients se prévalant de ce statut n'ont pas subi de profonds changements depuis l'époque coloniale, les procédures d'identification et les pratiques d'aide qui en découlent sont loin de refléter le type de prise en charge qui doit leur être attribuée. « Les maladies de la pauvreté », elles aussi, ne renvoient donc plus aujourd'hui à des pratiques d'assistance sociale et laissent entrevoir, en même temps, une modification des représentations liées à ces pathologies. Le tuberculeux, du fait de sa forte prévalence dans les zones urbaines et son lien avec le VIH, n'est pas forcément un « pauvre » (« baadoolo », au Sénégal). Quant au patient VIH, la participation massive d'intervenants dans sa prise en charge fait qu'il n'est pas prioritaire dans les pratiques d'assistance aux démunis. Les professionnels de santé, désarmés et sans solution véritable face aux demandes quotidiennes d'aide (qu'ils

essaient de moins en moins de légitimer), font montre d'une empathie qui reste plus de l'ordre du discours que des actes. Les problèmes d'accès aux soins se posent donc toujours avec acuité pour les patients souffrant de ces deux pathologies, particulièrement dans les sites décentralisés où la gratuité n'est souvent qu'une illusion. Cela pose la question du contenu réel et de la place des politiques de gratuité dans les systèmes de santé africains, qui, aujourd'hui plus que jamais, restent fortement marqués par les exigences de l'Initiative de Bamako et du recouvrement des coûts.



Chapitre 7

Les pratiques de prise en charge de la coinfection tuberculose/VIH en contexte de décentralisation au Cameroun et au Sénégal



Josiane MBALLA, Fatoumata HANE, Maymouna BA

1. Introduction

Le Cameroun et le Sénégal ont, comme plusieurs autres pays, théoriquement adopté la recommandation internationale demandant de coupler les prises en charge de la tuberculose et du VIH. Mais, comme nous l'avons vu au chapitre 3, c'est de manière timide qu'évoluent les démarches institutionnelles vers une intégration des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose. Il sera donc question dans ce chapitre de voir quel écho cet appel a eu au niveau opérationnel, et donc précisément de voir si les activités de prise en charge de ces deux pathologies dans les structures sanitaires sont à l'image de la situation cloisonnée qui caractérise le niveau institutionnel.

Les prises en charge de ces deux pathologies s'effectuent dans des structures sanitaires agréées situées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire au Cameroun et au Sénégal. En fonction de l'organisation de chaque structure, des équipes constituées de diverses catégories de professionnels de santé (médecins et paramédicaux) interviennent dans les prises en charge exclusivement de l'une ou de ces deux pathologies. En l'absence d'un cadre normatif visant la collaboration de ces programmes, ces professionnels établissent des passerelles plus ou moins fortes pour gérer les cas de coinfection auxquels ils sont confrontés au quotidien: ce sont ces liens que nous allons analyser ici.

Dans les deux pays, les normes de prise en charge thérapeutique des patients coinfectés qui s'arriment aux normes internationales ont été édictées par les ministères de la Santé publique (MSP). Et le dépistage conjoint des deux pathologies est vivement recommandé. Toutefois, des études en sciences sociales ont démontré que le rapport des professionnels de santé aux normes qui leurs sont édictées est très souvent conflictuel (Vidal *et al.*, 2005). Ce qui entrave une application concrète de celles-ci aussi bien que leur intégration aux pratiques des professionnels de santé (Fassin, 1992). Prend alors sens le tryptique suivant: normes prescrites ou officielles, normes produites et normes pratiques (Olivier de Sardan, 2008). Dans le cadre de l'exécution des programmes verticaux, cet écart aux normes peut être exacerbé. Notre propos dans ce chapitre est basé sur deux principaux questionnements: comment s'organisent les professionnels de santé pour s'assurer de la prise en charge effective des cas de coinfection qui se présentent dans leurs structures sanitaires? Quelles sont les logiques qui sous-tendent leurs pratiques dans la prise en charge de l'une ou de ces deux pathologies? Nous commencerons par une présentation générale du dispositif de prise en charge des deux pathologies, pour mettre en évidence le caractère vertical qui caractérise l'exécution des programmes VIH et TB, mais aussi les éléments qui traduisent une volonté de rapprochement des deux programmes. Par la suite, nous aborderons les aspects de structuration de la prise en charge des patients coinfectés et, enfin, la troisième section est consacrée à l'analyse du rapport aux normes de prise en charge de la coinfection chez les professionnels de santé.

2. Configuration des dispositifs de prise en charge de la tuberculose et du VIH au sein de structures sanitaires des niveaux central et périphérique

Au Cameroun et au Sénégal, les dispositifs de prise en charge de la tuberculose et du VIH diffèrent d'une structure sanitaire à une autre. Au Cameroun, les huit structures sanitaires dans lesquelles les enquêtes ont été menées disposent toutes de services de prise en charge du VIH et de la tuberculose. Elles jouissent ainsi du statut mixte de: CDT-CTA, ou CDT-

UPEC décrit au chapitre 3. Nous avons mené notre étude dans quatre CDT-CTA et quatre CDT-UPEC situés dans les régions du Centre (Yaoundé-Bafia)¹, du Littoral (Douala-Njombé)², du Nord-Ouest (Bamenda-Kumbo)³ et du Nord (Garoua et Guider)⁴, à raison d'un CDT-CTA et d'un CDT-UPEC par région. Dans la région du Littoral, l'hôpital Laquintinie de Douala dispose de deux services distincts et distants l'un de l'autre: le centre de pneumo-phthisiologie (CPP) pour la prise en charge de la tuberculose et des pathologies respiratoires, et l'hôpital de Jour pour celle du VIH/Sida (qui est donc le CTA). Chacun de ces services est doté de bureaux de consultation, d'une salle de prélèvement d'échantillons biologiques ou d'un laboratoire, d'une pharmacie ou d'un point de distribution des médicaments. Le CPP est également doté de salles d'hospitalisation. La quasi-totalité des professionnels qui travaillent dans ces deux services (CPP et Hôpital de jour) s'occupent au quotidien essentiellement des prises en charge de la tuberculose et/ou du VIH, et assurent ainsi séparément la prise en charge globale des patients, de l'élaboration du diagnostic à la prise en charge thérapeutique. On retrouve également à l'hôpital de jour des médecins qui y interviennent à temps partiel, aussi bien que des pharmaciennes qui interviennent bénévolement pour l'éducation et le comité thérapeutiques. Il s'agit ici, premièrement, de certains médecins qui occupent principalement des postes de travail dans l'un des pavillons de l'hôpital Laquintinie et qui interviennent à temps partiel (un ou deux jours de consultations par semaine) à l'hôpital de Jour et, deuxièmement, de ceux qui exercent dans le secteur privé, mais qui participent au comité thérapeutique pour la prise en charge des PVVIH de l'hôpital de Jour de Laquintinie, au sein duquel ils présentent également les cas de patients qu'ils suivent dans leurs cliniques. L'implication des médecins du secteur privé dans les activités du CTA de Laquintinie remonte à l'année 2000, date du début du programme DARVIR (Douala

¹ Hôpital Jamot à Yaoundé (CTA) et Hôpital de district de Bafia (UPEC).

² Hôpital Laquintinie de Douala (CTA) et Hôpital St-Jean Malte de Njombé (UPEC).

³ Hôpital régional de Bamenda (CTA) et Hôpital Catholique St-Elisabeth de Shisong (UPEC).

⁴ Hôpital régional de Garoua (CTA) et Hôpital de district de Guider (UPEC).

Antirétroviral) à Douala. En effet, antérieurement à la création de ce CTA, face à la pression constante des personnes vivant avec le VIH quant à leur prise en charge, certains médecins et pharmaciens des secteurs privé et public, une ONG (SWAA) et les associations des personnes vivant avec le VIH se sont réunis pour définir les contours liés à la création d'un cadre de dispensation des antirétroviraux sous l'égide de l'hôpital Laquintinie de Douala. C'est alors qu'est né le projet DARVIR en Mai 2000, avec pour mission de faciliter l'accès aux antirétroviraux dans la ville de Douala.

Le CPP (centre de pneumo-phtisiologie) de l'hôpital Laquintinie, existe depuis 1991. Il est logé dans des locaux qui abritaient l'ancienne polyclinique Akwa située à 500 mètres environ de l'hôpital Laquintinie, qui prenait déjà en charge la tuberculose et qui est devenue un de ses bâtiments annexes. Le service de pneumo-phtisiologie se trouvait précédemment dans l'enceinte de l'hôpital Laquintinie, précisément dans les locaux qui abritent actuellement les services de cardiologie et de gastro-entérologie.

De leur côté, les six centres spécialisés de Yaoundé, Garoua, Bamenda, Bafia, Kumbo et Guider ont la même organisation que celui de Douala. En effet, il existe dans ces structures des services distincts où s'effectuent les prises en charge (tantôt globale, tantôt en terme de suivi des traitements) des patients infectés par la tuberculose ou le VIH. À Bamenda, Garoua, Guider et Kumbo les services de prises en charge du VIH sont dénommés respectivement: Day Hospital, UPEC, CPDV et Treatment center. Et les bâtiments qui abritent ces locaux portent effectivement ces inscriptions. À Yaoundé et à Bafia, on parle respectivement de CTA et d'UPEC pour désigner les locaux où se déroule l'essentiel de la prise en charge des patients, bien qu'il n'existe pas de plaque indicative. Tandis que les services ou bureaux de suivi de la tuberculose à Garoua et Guider, sont appelés «CDT», «TB unit» à Bamenda et Kumbo, «Bureau du PNLT» à Yaoundé et Bafia, ceci bien que seuls les services de Garoua et Guider portent effectivement cette inscription, et qu'à Bafia et Bamenda ils soient logés respectivement dans le pavillon d'hospitalisation de médecine interne-Homme, et dans le bâtiment réservé aux consultations externes. À Yaoundé, Garoua,

Bafia, Kumbo et Guider, il existe des salles d'hospitalisation réservées prioritairement aux tuberculeux. Mais on y hospitalise également des patients atteints d'autres maladies contagieuses (choléra par exemple). À Bamenda, les tuberculeux sont hospitalisés dans les mêmes salles que les autres patients. Il arrive parfois qu'un paravent soit mis entre les patients. La différence fondamentale entre ces six structures et l'hôpital Laquintinie – où le patient est donc suivi séparément pour le VIH/sida et la tuberculose dans les deux services spécialisés – réside dans le fait que tous les médecins, en priorité ceux qui prennent part aux consultations externes, sont impliqués dans le dépistage, la prise en charge thérapeutique et le suivi des patients infectés par le VIH et/ou la Tuberculose. Les infirmiers responsables des bureaux de suivi et leurs collaborateurs (agents de relais communautaire, patients experts, assistants sociaux, dispensateurs de traitements) mènent au quotidien des activités relatives exclusivement à la prise en charge des patients tuberculeux ou séropositifs selon qu'ils appartiennent à l'un ou l'autre service. Il est à noter qu'à Garoua, Guider, Bafia, et Kumbo, la prise en charge de la tuberculose peut être initiée et achevée par les infirmiers responsables des activités relatives au PNLT. En revanche, ils se limitent au dépistage du VIH et réfèrent leurs patients vers les médecins pour la suite de la prise en charge. Tandis que, dans les autres structures, ils assurent exclusivement la délivrance des médicaments et contrôlent l'observance des patients. Dans tous les cas, le suivi des patients coinfectés se fait alternativement entre les infirmiers et les médecins.

Enfin, la huitième et dernière structure qui est l'hôpital St Jean Malte de Njombé a une configuration assez particulière. Comme dans les six structures évoquées ci-dessus, tous les médecins sont impliqués dans les prises en charge du VIH et de la tuberculose. En revanche, parmi les paramédicaux, certains sont impliqués exclusivement dans la prise en charge du VIH (ARC, patients experts) et d'autres aussi dans celle de la tuberculose, comme l'infirmière responsable du suivi des patients et l'assistante sociale. La particularité de cette structure est qu'il existe un seul bureau de suivi pour les deux pathologies appelé « point focal des programmes du Fonds mondial ». Il existe par ailleurs

un pavillon d'hospitalisation pour les maladies contagieuses dans lequel sont internés les tuberculeux coinfectés.

Au Sénégal, la recherche a été menée dans les régions de Dakar, Kaolack, Ziguinchor et Tambacounda. Au CHU de Fann de Dakar, les prises en charge du VIH et de la tuberculose se font parallèlement au SMI (Service des maladies infectieuses) et au service de pneumologie. Toutefois, l'implication de ces deux services dans la prise en charge du VIH n'est pas la même. Le service de pneumologie spécialisé dans la prise en charge de la tuberculose et des autres maladies respiratoires, se limite exclusivement au dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, tandis que le SMI procède à la prise en charge globale des patients coinfectés TB-VIH. En effet, le SMI est doté d'une pharmacie de délivrance des antituberculeux. L'implication de ce service dans la prise en charge de la tuberculose s'explique par le fait que cette pathologie entre dans son arsenal thérapeutique. Comme le dit un médecin du SMI :

Les malades tuberculeux devraient être pris en charge normalement par le service de pneumologie mais nous on la traite parce que c'est une maladie infectieuse et puis dès que le malade tuberculeux est dépisté positif pour le VIH, il est référé ici.

Par ailleurs, à ses débuts, la prise en charge du VIH était concentrée au SMI qui était en même temps le siège du groupe clinique du Comité de lutte contre le sida (CNLS) et le lieu de référence des patients séropositifs. C'est ainsi que le tout premier cas de VIH apparu au Sénégal, diagnostiqué au service de pneumologie, a été référé au SMI. Cette tradition s'est maintenue jusqu'ici, malgré le fait que la relation connue entre ces deux pathologies appelait à un traitement conjoint dans les structures opérationnelles.

La décentralisation de la prise en charge du VIH, des hôpitaux vers les centres de santé, s'est faite grâce à l'appui d'ONG dans la région de Dakar. C'est ainsi que, depuis 2004, la prise en charge du VIH a été initiée au Centre de Santé Roi Baudouin avec le concours de l'ONG Synergies pour l'Enfance. L'implication de cette ONG à « Roi Baudouin » a eu comme conséquence l'introduction de personnels (médecins, assistants sociaux, médiateurs) dont la présence a contribué à marginaliser la prise en

charge du VIH, perçue par les agents étatiques comme imposée de l'extérieur. Cela se traduit par un déficit de communication et de collaboration entre les personnels de Roi Baudouin et de Synergies. La consultation des PVVIH est donc assurée par un médecin recruté par Synergies pour l'enfance et « point focal ISAARV ». Il travaille en collaboration avec l'assistante sociale pour la prise en charge des adultes et les aides sociaux de l'Unité Pédiatrique de Soins Ambulatoires (UPSA)⁵, eux aussi personnels de l'ONG. S'agissant de la tuberculose, les malades sont suivis au niveau du service PNT, logé au niveau de l'unité d'hospitalisations. Le traitement de la tuberculose se fait au centre de santé Roi Baudouin depuis 1990. Les malades sont sous TDO (Traitement directement observé) et se présentent donc tous les matins devant l'infirmière et une aide sociale. Cette prise en charge se limite à une distribution de médicaments, le contact est réduit au minimum, le personnel ayant peur de la contamination du fait du nombre important de résistances dans la cohorte.

Dans la région de Kaolack, comme dans toutes les régions du Sénégal, il existe un hôpital et un centre de santé par département. Avec la création du PTA (Pavillon de Traitement Ambulatoire) au niveau de l'hôpital, on note une volonté de reproduction du CTA de Fann – cadre idéal de la prise en charge du VIH –, mais aussi un isolement de la tuberculose qui n'est pas intégrée au niveau de l'hôpital, sauf bien sûr pour les patients hospitalisés. À Kaolack, le PTA est implanté à l'hôpital régional, contrairement à Ziguinchor où il se situe dans le district, alors qu'à Dakar, le PTA se situe au CHU Fann. Le personnel, bien qu'exclusivement occupé à la prise en charge du VIH, est celui de l'hôpital. En plus du PTA, l'hôpital compte un service de pneumologie et un service de maladies infectieuses logés dans le même bâtiment que le PTA. Les malades tuberculeux ou coinfectés TB-VIH, y sont hospitalisés quand leur état général le nécessite. Ils sont

⁵ Clinique de jour mise en place au sein du service de pédiatrie par l'ONG Synergies pour l'Enfance et FHI (Family health international) pour venir en appui aux OEV (orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/sida). Les consultations y sont assurées par un médecin permanent installé au service pédiatrique et de deux autres médecins du SPE qui viennent une à deux fois dans la semaine. Leur suivi par le médecin de la pédiatrie se fait parallèlement à celui des enfants tout-venant qui proviennent du tri ou des références.

traités pour la tuberculose en pneumologie mais bénéficient aussi du traitement ARV, les médecins étant dans le même couloir et le même bâtiment. Par contre, à leur sortie, ils sont envoyés au centre de santé pour y poursuivre leur traitement antituberculeux et reviennent à l'hôpital pour la prise en charge du VIH. Précisons que le responsable du PNT se trouvant au niveau du centre de santé n'a pas de contact direct avec les médecins de l'hôpital. C'est plutôt l'assistante sociale qui joue le rôle d'interface entre les patients, l'hôpital et le centre de santé. En effet, la prise en charge de la tuberculose s'effectue au niveau du centre de santé. C'est le TDO qui est appliqué. Les malades sont reçus tous les matins dans un bureau assez excentré et exigü. Une infirmière d'État aidée de deux ASC assure la prise en charge des malades.

À Ziguinchor, le centre de santé est au cœur de la prise en charge de la coinfection TB/ VIH. Dans le cadre de la décentralisation, le centre de santé a bénéficié à Ziguinchor du PTA sur le modèle du CTA de Dakar. Ainsi, contrairement à Kaolack ou Dakar, l'unité de traitement ambulatoire articulant prise en charge médicale et prise en charge sociale se fait au centre de santé. Un même bâtiment abrite les services PNT et VIH, même si cela ne signifie pas prise en charge conjointe. Le malade coinfecté est ainsi vu dans chacun des deux services au rythme des rendez-vous qui lui sont fixés ou de ses sollicitations personnelles. Ce qui fait dire à l'agent de santé et au responsable PNT que «le malade coinfecté est suivi deux fois dans le centre de santé». De son côté, l'hôpital régional compte bien sûr un site de prise en charge du VIH avec une cohorte de 187 personnes suivies par un médecin. La dispensation des ARV se fait au bureau du pharmacien de l'hôpital. La prise en charge sociale se fait de manière timide, elle était quasi inexistante et a démarré avec l'affectation d'une assistante sociale et d'un médiateur, mais elle consiste uniquement en des activités visant à renforcer le counselling et l'éducation thérapeutique. Pour ce qui est de la prise en charge de la tuberculose, l'hôpital ne compte pas d'unité de traitement. Il ne dispose ni d'un service de pneumologie, ni d'un service de maladies infectieuses. Tous les malades tuberculeux sont donc pris en charge au niveau du centre de santé et dans les postes de santé où le traitement est décentralisé.

Dans la région de Tambacounda, deux structures sanitaires ont été visitées à savoir l'hôpital régional et le centre de santé. La prise en charge du VIH a démarré depuis 2003 à l'hôpital régional, et en 2005 dans le centre de santé. Les patients de l'hôpital sont suivis au niveau du service « Médecine ». Contrairement aux autres structures de traitement, la prise en charge du VIH est à l'état embryonnaire à l'hôpital régional de Tambacounda. En effet, cette structure ne dispose pas de pavillon de traitement ambulatoire (PTA) comme c'est le cas dans certains hôpitaux régionaux. Par conséquent, la prise en charge présente quelques manquements, notamment un problème de gestion de l'information dû à des insuffisances sur le plan logistique; ce qui empêche une mise à jour des données:

Je n'ai pas les statistiques exactes du VIH; avec tout ce que je fais, je ne peux pas me permettre d'y ajouter un travail administratif; je n'ai pas le temps d'établir des rapports » nous dit un médecin.

S'y ajoute l'absence de coordination des activités liées à cette prise en charge: il n'existe pas de cadre de concertation entre les différents acteurs des différents services (Médecine, pédiatrie, service social, maternité) impliqués dans cette prise en charge. De ce fait, le circuit du malade reste imprécis. En outre, pour leur suivi, les PVVIH ne rencontrent pas systématiquement un médecin. À l'hôpital régional, la plupart des patients sont reçus au cours de leur suivi par le médecin lorsqu'ils présentent une infection opportuniste (IO) « apparente », le diagnostic devant être établi préalablement au niveau du service social. S'il s'avère que le patient ne souffre de rien, il se rend directement à la pharmacie se procurer les ARV. Ainsi, les rendez-vous des patients se réduisent à un passage au service social (où un renforcement de counselling est rarement pratiqué) et à la pharmacie (où on ne vérifie pas l'observance du patient). Par ailleurs, la prise en charge thérapeutique des PVVIH se limite à une distribution d'ARV, seul acquis dont la disponibilité est garantie, encore que les formules pédiatriques posent problème (rupture au moment de l'enquête). Le cotrimoxazole, en rupture depuis plus de deux mois au moment de l'enquête, est acheté par les malades, comme les autres médicaments pour la prise

en charge des IO (essentiellement composé de fer) et le lait pédiatrique dont l'indisponibilité est aussi due à une mauvaise estimation des besoins.

En ce qui concerne la prise en charge de la tuberculose, elle se fait essentiellement au centre de santé en cas de coinfection. Au moment de l'enquête, seul un patient coinfecté était en cours de traitement. Le dépistage de la tuberculose peut se faire à l'hôpital mais le suivi se fera au centre de santé si l'état du patient ne nécessite pas d'hospitalisation. Inversement, au centre de santé, la prise en charge du VIH ne se fait pas, le traitement n'y est pas décentralisé, les patients sont référés et suivis à l'hôpital.

3. La prise en charge de la coinfection VIH-TB dans les structures sanitaires: typologie de l'intégration

Pour mieux appréhender le statut que revêtent les structures spécialisées où s'exécutent les activités des programmes de lutte contre la tuberculose et le sida, il convient de rappeler les définitions des termes «vertical» et «intégré»:

Les programmes verticaux sont nommés ainsi car ils sont dirigés, supervisés et mis en œuvre, totalement ou dans une large mesure, par un service spécialisé faisant appel à des personnels de santé spécialement affectés à cet effet (Mills A., 1983).

Par contre, un programme intégré est:

Le processus qui consiste à réunir les fonctions communes d'une même organisation ou de plusieurs organisations différentes afin de résoudre des problèmes communs, de susciter un engagement envers une vision d'avenir et des objectifs, en exploitant des technologies et des ressources communes pour atteindre ces objectifs (WHO, 1996).

Ceci étant précisé, il convient tout d'abord de présenter la configuration générale qui prévaut aux niveaux central et périphérique dans les deux pays. Comme nous l'avons vu précédemment, il existe des similitudes dans les pratiques de prise en charge de la coinfection dans certaines structures sanitaires des deux pays, mais également des divergences assez prononcées

au niveau du dispositif global. La principale différence observée étant qu'au Cameroun, toutes les structures sanitaires étudiées disposent de services de prise en charge des deux pathologies, tandis qu'au Sénégal certaines structures sont privées de l'un ou l'autre service; la prise en charge de la tuberculose dans ce pays étant plus effective au niveau décentralisé et absente dans certaines structures du niveau central, et celle du VIH peu décentralisée. Toutefois, cette configuration des structures camerounaises que l'on qualifierait d'avantageuse en matière d'intégration, ne garantit pas une collaboration effective des activités des deux programmes. En effet, au Cameroun comme au Sénégal, l'intégration est plus ou moins avancée dans certaines structures indépendamment de leur position dans la pyramide sanitaire. En effet, elle est plus avancée voire complète dans certaines structures du niveau périphérique et plutôt embryonnaire au niveau de certaines structures du niveau central. La collaboration entre les services VIH et TB se limitant à la référence vers l'un ou l'autre des patients dépistés ou suspects de l'une de ces pathologies.

Ainsi, dans les structures étudiées au Cameroun et au Sénégal, nous avons distingué trois formes d'intégration des activités de prises en charge de la tuberculose et du VIH.

3.a. Intégration partielle

À l'hôpital Laquintinie au Cameroun, et dans presque toutes les structures des quatre régions étudiées au Sénégal, on a constaté que les activités de prise en charge du VIH et de la tuberculose sont à mi-chemin entre intégration et verticalité. En effet, le premier constat effectué est celui de l'existence dans ces structures – comme cela est admis dans le principe d'exécution des programmes verticaux (Rifat *et al.*, 2008) –, de deux services spécialisés faisant appel à des personnels de santé spécialement affectés pour mettre en œuvre les activités des deux programmes. Toutefois, on y retrouve également des éléments d'intégration. Car, bien que les prises en charge soient effectuées dans des locaux distincts, les soignants des services spécialisés de ces structures collaborent pour le dépistage de la coinfection. À ce titre, le patient est référé pour la prise en charge thérapeutique du VIH ou de la tuberculose vers le service compétent après le

dépistage, ou s'il présente des signes ou symptômes évocateurs de l'autre pathologie. Par ailleurs, particularité rencontrée au Sénégal, la prise en charge thérapeutique de la tuberculose se fait principalement au niveau des centres de santé. Ainsi, dans la région de Ziguinchor, l'hôpital ne dispose pas de service de pneumologie, les patients sont directement référés au centre de santé pour la prise en charge de la tuberculose; et dans celle de Kaolack, les patients coinfectés sont référés, après l'hospitalisation dans l'un ou l'autre service spécialisé durant la phase intensive du traitement antituberculeux, et vers le centre de santé pour la suite du traitement antituberculeux. La prise en charge conjointe dans ce modèle d'intégration se limite donc à l'orientation des patients vers l'un ou l'autre des services spécialisés. Situation qui crée des frustrations parmi les personnels médicaux de chacun de ces services, qui souhaiteraient faire une prise en charge globale des patients coinfectés reçus. Toutefois, ce sentiment de frustration au Cameroun comme au Sénégal est plus accentué chez le personnel médical du service de tuberculose qui réclame une autonomie dans la prise en charge globale des patients coinfectés dépistés dans leur service. Au Sénégal, la revendication est davantage justifiée du fait que les personnels des services de prise en charge de VIH (ex: SMI de Fann et du PTA) ont la latitude de prendre en charge la tuberculose chez les patients coinfectés. Ainsi s'est exprimé ce professionnel du service de pneumologie de Fann pour dénoncer cette situation:

Le fait de référer le malade dès le diagnostic est à la limite frustrant pour nous d'autant que c'est nous qui faisons le diagnostic. À mon avis, ce diagnostic est l'acte le plus difficile de cette prise en charge; on perd ainsi un malade dont on aimerait bien connaître le devenir.

Dans le même ordre d'idées un soignant du CPP de Laquintinie a déclaré:

La prise en charge conjointe, pour moi, veut dire qu'un médecin prend en charge en même temps la tuberculose et le VIH. C'est-à-dire que si tu diagnostiques la tuberculose, et si tu découvres que ton malade est positif pour le VIH, tu prends en charge en même temps la tuberculose et le VIH. Ou alors si tu suis un malade qui est séropositif qui te fait une tuberculose, il faut que

tu sois à même de prendre le malade en charge sur le même plan pour les deux pathologies. Pour moi c'est ça la prise en charge conjointe.

Pour ce qui est de la référence des patients VIH+ dépistés par le personnel du service de tuberculose, le constat qui a été fait est qu'elle est très souvent elliptique, allusive, l'information sur le statut sérologique n'étant pas clairement délivrée. «Il faut aller à l'hôpital de jour» ou encore «il faut faire le test de VIH» disent des personnels de santé de ces services aux patients qu'ils venaient de dépister positifs au VIH dans des structures sanitaires au Cameroun. Le personnel ne se sentant pas spécialement impliqué dans la prise en charge du VIH, le counselling post-test aux patients tuberculeux constitue de ce fait une option aléatoire pour eux, ou alors une tâche inutile étant donné qu'elle sera réitérée par ceux à qui incombe le suivi des PVVIH.

Cette collaboration superficielle peut générer des manquements dans la prise en charge de l'une de ces pathologies tels qu'observé dans les pratiques des professionnels de santé des deux pays. Au CPP de Laquintinie par exemple, la prise en charge du patient coinfecté n'est pas assujettie au comité thérapeutique. En effet, le CPP n'étant pas doté d'un appareil pour le décompte des CD4, une fois le diagnostic de la tuberculose établi, le patient est directement mis sous antituberculeux. Il sera ensuite référé vers l'hôpital de jour à un moment où le médecin traitant le jugera opportun. Le patient peut ainsi être référé à la fin du traitement antituberculeux indépendamment du stade d'évolution de l'infection à VIH. Il est important de mentionner ici que le patient est parfois référé à l'hôpital de jour sans être informé de son statut sérologique. Ceci arrive notamment quand le dépistage du VIH a été fait à l'insu du patient, par exemple durant la rupture des tests de VIH fournis par le CNLS, pendant plusieurs mois au cours des années 2008 et 2009. La GTZ a apporté pendant cette période de pénurie son aide à certains CDT, parmi lesquels celui de Laquintinie, pour le dépistage du VIH chez des patients tuberculeux. Ces derniers recevaient après un pré-test counselling furtif, un bulletin d'examen qui leur donnait accès au laboratoire pour le dépistage du

VIH. Nous reviendrons plus longuement sur la problématique du dépistage du VIH dans le cadre de la prise en charge de la coinfection dans la section suivante. Précisons toutefois que les médecins du CPP peuvent assister au comité thérapeutique qui se tient à l'hôpital de jour s'ils le souhaitent, en fonction de leur disponibilité. Parmi les six médecins que nous avons rencontrés au CPP durant l'enquête, deux ont déclaré qu'ils prennent part aux comités thérapeutiques qui se tiennent au service de prise en charge du VIH (l'hôpital de jour), bien que de façon sporadique, et qu'ils suivent quelques patients pour les deux pathologies.

De même, au Centre du Roi Baudouin au Sénégal, seuls les malades ayant subi un échec du traitement de la tuberculose, ou ceux victimes de rechutes, se verront proposer le test du VIH. Selon l'un des agents, cela s'explique, d'une part, par le fait que le counselling ne peut être fait dans les normes requises dans leur bureau et, d'autre part, parce que cette tâche leur a été imposée sans que, par exemple, leur formation en counselling ne soit assurée. Aussi, quelques rares personnes se voient proposer le dépistage du VIH, lequel est effectué de manière impersonnelle. En effet, les patients sont dirigés vers un espace ouvert qui sert de salle d'attente au labo, équipé de quelques bancs, d'une radio et d'un poste de télévision diffusant des messages sur le VIH. C'est cette séance audio-visuelle qui sert de counselling.

Dans ce modèle d'intégration, le patient est vu deux fois, par deux équipes différentes. Deux offres de prestation pour deux pathologies liées et surtout pour un même patient. Des études menées dans d'autres contextes ont démontré que le personnel des deux services est très souvent sous employé (Coetzee *et al.*, 2004). Dans certaines structures au Cameroun où les files actives ne sont pas importantes, notamment dans les services de prise en charge de la tuberculose, le personnel peut effectivement être oisif à certaines heures de la journée.

Lorsqu'on analyse le système de prise en charge de la coinfection aux niveaux régionaux dans les deux pays, on peut déduire qu'au Sénégal on est globalement dans ce modèle à cheval entre intégration et verticalité: la prise en charge de la tuberculose semble être « l'affaire du centre de santé » et celle du VIH, des

hôpitaux. Par ailleurs, il existe des structures qui offrent exclusivement l'une de ces prestations. Tandis qu'au Cameroun, comme nous allons le voir par la suite, on évolue vers un modèle plus intégré des activités des deux programmes et donc vers une prise en charge conjointe des deux pathologies.

3.b. Intégration forte

L'observation du fonctionnement des six autres structures étudiées au Cameroun – Hôpital Jamot, Hôpital de district de Bafia, Hôpital Régional de Bamenda, Hôpital Catholique St Elisabeth de Shisong, Hôpital Régional de Garoua, et Hôpital de District de Guider – nous a révélé des pratiques de prise en charge des médecins (dépistage, traitement et suivi) absolument conjointes. À ce titre, tous les médecins d'astreinte pour les consultations externes participent au dépistage de la tuberculose et du VIH. Ce qui facilite le dépistage conjoint. Pour ce qui est du VIH ou de la coinfection, la prise en charge thérapeutique se décide au sein du comité thérapeutique. Une fois que le diagnostic positif de l'infection à VIH uniquement, ou de coinfection, est établi, le médecin traitant est chargé de monter un dossier médical du patient qu'il présentera à ses collègues au cours du comité thérapeutique. Le protocole de prise en charge est ainsi arrêté de manière consensuelle. Les patients dépistés sont référés par la suite vers les infirmiers responsables des bureaux de suivi thérapeutique pour recevoir leurs médicaments. Le médecin traitant s'occupera ensuite du suivi du patient pour les deux pathologies en collaboration avec ces responsables du suivi. Toutefois, pour la tuberculose, il arrive que l'essentiel du suivi thérapeutique soit effectué par le responsable du bureau de suivi de cette pathologie. Ce dernier – s'il n'a pas reçu de formation adéquate pour le faire – sollicitera le médecin au cours de la prise en charge thérapeutique, exclusivement pour l'interprétation des clichés radiographiques, prescrits généralement à la fin de la phase intensive ou à la fin du traitement. Par contre, dans les pratiques des paramédicaux, on dénote encore des logiques de verticalité. Ainsi, on a constaté que la division des tâches pour la prise en charge des patients coinfectés subsiste. Infirmiers, ARC (agents de relais communautaire) patients experts, affectés à l'un ou l'autre service s'occupent spécifiquement

du VIH ou de la tuberculose, induisant ainsi une implication partielle de ces derniers dans la prise en charge des patients coinfectés. En effet, dans leurs discours lors du counselling ou de l'éducation thérapeutique essentiellement basés sur le VIH, ils ne font presque pas référence à la tuberculose, l'évoquant parfois rapidement comme une infection opportuniste parmi tant d'autres. La coinfection TB-VIH est évoquée de façon anodine dans leurs discours, et la référence aux données épidémiologiques qui la rendent particulière n'est presque pas perceptible. Par ailleurs, la distribution des médicaments se fait également dans des locaux distincts.

Il est important de signaler ici que l'implication totale des médecins ainsi décrite est très récente dans deux de ces six structures. En effet, lors de nos premières investigations en 2007 et 2008 dans les hôpitaux de Bafia et Njombé (qui n'est cependant pas classé dans ce modèle d'intégration), il n'existait dans ces structures qu'un médecin responsable de la prise en charge de la tuberculose, que ce soit pour les patients séronégatifs ou séropositifs pour le VIH. Tous les patients dépistés tuberculeux ou pour lesquels il y avait « suspicion » de tuberculose leur étaient référés. De même, il n'existait qu'un médecin chargé du suivi des patients VIH+. Dans ces deux structures, cette évolution a une même explication: les médecins antérieurement responsables de la prise en charge du VIH ont été mutés. À ce titre, les responsables des structures ont jugé opportun non seulement d'affecter la coordination des activités des PNLT et PNLs au médecin préalablement chargé exclusivement de la prise en charge de la tuberculose, mais également d'impliquer tous les médecins prescripteurs des ARV dans le suivi simultané des patients simplement infectés par le VIH ou coinfectés par la tuberculose. À Shissong, avant l'arrivée en 2008 du médecin qui coordonne actuellement les activités des deux programmes, une infirmière diplômée d'État coordonnait la prise en charge de la tuberculose et un médecin la prise en charge du VIH. Cette infirmière est actuellement chargée du suivi des patients tuberculeux tout au long de leur traitement. Elle a reçu une formation en imagerie médicale qui lui confère une aptitude à interpréter les radiographies pulmonaires. Toutefois, elle se réfère au médecin pour des cas dépassant ses compétences.

Dans toutes ces structures, les responsables des bureaux de suivi de la tuberculose sont conviés aux comités thérapeutiques pour la prise en charge du VIH. Ceci permet de contrôler le traitement des patients coinfectés et notamment d'introduire la thérapie antirétrovirale au moment jugé opportun. En effet, ces responsables du suivi de la tuberculose sont chargés de rappeler aux patients leur rendez-vous pour l'initiation à la thérapie antirétrovirale au cas où ils sont éligibles et donc de les référer vers leurs médecins traitants en temps opportun. Ils sont également tenus de présenter au comité thérapeutique les cas d'abandon de traitement des patients coinfectés. Cependant, c'est de manière assez sporadique que ces personnels assistent aux comités thérapeutiques, ne se sentant pas véritablement concernés par les activités de prise en charge du VIH, leur rôle clé se limitant selon eux au dépistage des cas de coinfection comme le recommande le PNLT.

3.c. Intégration totale

Enfin, nous avons la troisième forme d'intégration qui s'apparente à la précédente, avec une particularité non négligeable au niveau du circuit du patient qui la rend presque « parfaite ». Ainsi, à l'hôpital St Jean de Malte de Njombé, si on considère le fait que le dépistage, la prise en charge thérapeutique et le suivi des patients sont effectués par les mêmes professionnels de santé (médecins et paramédicaux), on est en droit de dire qu'on est ici en présence d'une intégration quasiment complète de la prise en charge de la tuberculose et du VIH. Il ne reste plus qu'à harmoniser le discours sur la coinfection au niveau du counselling et de l'éducation thérapeutique effectués par les patients experts et les ARC. Dans cette structure, il n'existe pas de bureaux spécialisés distincts, que ce soit pour les consultations ou pour la prise en charge thérapeutique. Les patients sont reçus par les médecins pour leurs premières consultations et celles de suivi au même titre que les autres patients. De même, la délivrance des ARV et des antituberculeux s'effectue par l'infirmière responsable de ce bureau de suivi thérapeutique. Cette configuration récente a été mise en place en 2009. Il existait antérieurement dans cette structure deux bureaux distincts pour le suivi thérapeutique des patients qui ont été fusionnés. Les

antituberculeux étaient délivrés à la pharmacie centrale et les ARV dans le local qui abrite actuellement le bureau dénommé «point focal des programmes du Fonds mondial». Cette configuration présente un autre avantage: celui d'éviter au patient des allers-retours entre deux services pour la prise en charge de ces pathologies liées, qui peuvent, comme nous allons le voir au chapitre 9, compromettre la prise en charge de l'une ou l'autre pathologie.

Ces trois configurations d'activités de prise en charge du VIH et de la tuberculose combinent donc à la fois des éléments d'intégration et de verticalité. On en vient à se poser la question de savoir ce qu'il s'agit véritablement d'intégrer pour une prise en charge conjointe des deux pathologies: les services, afin que la prise en charge des patients s'effectue dans les mêmes locaux? Les pratiques? Ou alors les deux? Pour ce qui est de l'intégration des services, nous avons constaté que la prise en charge de l'une de ces deux pathologies peut être retardée lorsque les médecins pensent qu'elle ne leur incombe pas spécialement. C'est le cas pour le CPP de l'hôpital Laquintinie de Douala où les médecins se limitent pour la plupart au dépistage du VIH, ou encore pour la quasi-totalité des structures sanitaires du Sénégal (excepté le SMI de Fann qui prend en charge les patients coinfectés) qui se limitent à la prise en charge de l'une ou de l'autre pathologie: «Je n'ai pas voulu de la tuberculose ici, parce qu'il n'y a personne pour la gérer, l'hôpital souffre d'un manque de personnel» explique par exemple ce responsable de la prise en charge du VIH d'un hôpital régional au Sénégal.

Fort de ce constat, on peut déduire que la séparation des services peut constituer un frein à la prise en charge simultanée des deux pathologies et peut même complexifier le circuit des patients coinfectés. En effet, à l'hôpital de Ziguinchor par exemple, les malades sont reçus tous les deux mois en consultation par le médecin qui renouvelle leurs ordonnances. Ils vont ensuite voir le pharmacien, en passant éventuellement par l'assistant social, et après prennent un transport en commun pour se rendre au centre de santé pour pouvoir disposer de leur traitement antituberculeux. Nous voyons qu'à la distance, s'ajoute la perte de temps. Ce qui entraîne indubitablement un découragement avec un risque, par ricochet, d'abandon de traitement.

Cependant, cette difficulté liée à la séparation des services peut s'atténuer lorsque les professionnels de santé élaborent et appliquent au sein de structures sanitaires des stratégies de collaboration qui vont au-delà des barrières dressées par la logique de programmes verticaux qu'illustre l'existence de services spécialisés. Ainsi, l'implication des médecins dans les prises en charge globales des deux pathologies favorise la prise en charge conjointe, nonobstant la séparation des services, comme c'est le cas dans sept des structures sanitaires étudiées au Cameroun. Le comité thérapeutique où s'effectue la présentation des cas dépistés apparaît ici comme un élément fortement intégrateur, car permettant une prise en charge précoce de la coinfection VIH-TB. L'intégration des pratiques est donc le modèle le plus appliqué au Cameroun. C'est ce qu'exprime ce soignant :

Je ne pense pas que ce soit le fait que nous soyons dans un bâtiment à part qui explique une certaine scission. Nous sommes un service de Laquintinie. Nous sommes situés à cinq minutes à pied de Laquintinie. [...] le fait que nous soyons en dehors de Laquintinie ne devrait pas poser de problème pour la prise en charge conjointe. Les gens qui s'occupent du VIH ne s'occupent forcément pas de la tuberculose. Il y a deux cas de figure: les malades infectés par le VIH qui ont des problèmes respiratoires sont référés chez nous, et les patients que nous dépistons VIH sont référés à l'hôpital du jour. Je ne pense pas que la prise en charge conjointe veut dire uniquement être sous le même toit.

Le système de référence et de contre-référence, qui est tout de même mis en vigueur, ne suffit pas pour permettre une prise en charge précoce des deux pathologies. Par ailleurs, lorsque la prise en charge de la tuberculose est effectuée par les infirmiers responsables du programme dans certaines structures, celle du VIH peut être retardée. En effet, ces derniers se limitent au dépistage du VIH et sont tenus de référer vers les médecins les cas positifs pour le traitement. Seule la délégation des tâches (notamment ici le droit de prescription) en vigueur dans une des structures sanitaires permet à l'infirmier d'engager un traitement antirétroviral chez un patient. À ce titre, dans certaines structures, le comité thérapeutique peut être dirigé par un infirmier diplômé d'État compétent, qui réfère tout de même

aux médecins, pour une contre expertise, des prescriptions de cas douteux ou délicats. L'infirmier est surtout autonome pour les prescriptions des ARV dans les cas de PTME.

Au-delà des problèmes d'intégration de services qui peuvent entraver la prise en charge simultanée des deux pathologies, qu'en est-il du rapport aux normes de traitement des soignants confrontés à ces deux pathologies?

4. La prescription de la thérapie conjointe: entre norme médicale, empathie et méconnaissance

Pour ce qui est des prises en charge thérapeutiques de chacune de ces maladies et de la coinfection, les protocoles suivants sont en vigueur dans les deux pays:

Pour la tuberculose et dans le cas donc d'une primo atteinte, le malade est soumis au protocole suivant: 2(RH) EZ/4(RH) qui équivaut à deux mois de la combinaison RH (Rifampicine+Isoniazide) + E (Ethambutol) + Z (Pyrazinamide) pris quotidiennement en phase intensive, suivis par 4 mois de la combinaison RH lors de la phase dite de continuation. Pour les cas de retraitement: 2(RH) SEZ/1(RH) EZ /5(RH) E. Ce schéma comprend donc deux mois de traitement par la combinaison {RH} + Streptomycine (S) + Ethambutol (E) + Pyrazinamide (Z), suivis par 1 mois de la combinaison {RH} +E+Z, et de 5 mois de {RH} + E.

Pour le VIH, associé à la tuberculose, deux protocoles sont en vigueur dans les deux pays: en première ligne: 2INTI+1INNTI et en seconde ligne: 2INTI+1IP⁶. L'initiation aux ARV se fait au Cameroun selon les recommandations OMS de 2006. Ce qui suppose que le patient peut être traité en fonction de son taux de CD4 ou de ses lymphocytes totaux en cas d'indisponibilité du taux de CD4. Le traitement est donc recommandé lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200 ou lorsque les lymphocytes totaux sont inférieurs à 1200. La première prescription des ARV se fait uniquement au Cameroun au sein d'un comité thérapeutique qui siège hebdomadairement dans les structures sanitaires. Le comité thérapeutique regroupe l'ensemble des

⁶ INTI: Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse; INNTI: Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse; IP: Inhibiteur de protéase.

professionnels de santé (médecins et paramédicaux) impliqués dans le processus de prise en charge des patients vivant avec le VIH. Au Sénégal, il n'existe plus de comité thérapeutique depuis que le traitement antirétroviral est gratuit. Tous les médecins accrédités (cf. chapitre 10) peuvent décider de la mise sous ARV et les prescrire.

S'agissant de la prise en charge de la coinfection TB-VIH, il convient tout d'abord de rappeler que le dépistage systématique du VIH est recommandé au Cameroun chez les patients tuberculeux, suite à une décision du ministère de la Santé publique. Au Sénégal, ce dépistage a été recommandé par le ministère de la Santé via les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH. Il est d'ailleurs gratuit pour tout le monde. De même, en présence d'une toux chez un patient dépisté VIH+ ou d'autres signes évocateurs de la tuberculose, il est conseillé d'éliminer en premier lieu le possible diagnostic d'une tuberculose évolutive. En ce qui concerne le traitement en cas de coinfection TB-VIH, la priorité est donnée au traitement antituberculeux. En effet, compte tenu des effets indésirables qui peuvent rendre difficile la conduite simultanée des deux traitements et compromettre l'observance, le traitement antirétroviral peut être différé de plusieurs semaines voire n'intervenir qu'à la fin du traitement antituberculeux. Ainsi, il est recommandé d'introduire le traitement ARV entre la 2^e et la 8^e semaine du traitement anti tuberculeux lorsque les CD4 sont inférieurs à 200. Entre 200 et 250 CD4, le traitement ARV débute après 8 semaines de traitement anti TB. Si les CD4 sont supérieurs à 350, le traitement ARV démarre à la fin du traitement antituberculeux. Ces protocoles sont inscrits dans des guides de prise en charge qui ont été élaborés par le ministère de la Santé. Toutefois, il est plutôt rare de voir les médecins impliqués dans les prises en charge de ces pathologies, en possession de ces manuels. À ce titre, au cours des réunions des comités thérapeutiques au Cameroun, il n'est pas rare de voir un médecin solliciter des informations sur un protocole thérapeutique auprès des collègues.

En ce qui concerne la prévention des infections opportunistes chez les patients infectés par le VIH, le cotrimoxazole est distribué gratuitement dans les structures sanitaires des deux pays (cependant, il n'est pas toujours disponible). Une étude pilote

pour l'usage de l'isoniazide en prophylaxie pour la prévention de la tuberculose chez les PVVIH est en cours au Cameroun depuis 2009. Dix centres ont été sélectionnés dans différentes régions pour abriter cette étude parmi lesquels figurent deux structures où l'enquête a été menée: l'hôpital Laquintinie de Douala et l'hôpital régional de Garoua. Étude qui a du mal à être exécutée en raison des réticences des médecins qui redoutent une résistance à l'isoniazide chez les patients qui développeraient une tuberculose active non diagnostiquée au moment de la prescription. En effet, selon ces médecins, étant donné les problèmes d'observance relevés chez plusieurs patients séropositifs, on irait droit vers « une catastrophe de résistance à l'isoniazide » si elle est prescrite en prophylaxie chez un patient qui s'avérerait être tuberculeux.

Par contre, au Sénégal, la recommandation est de mettre sous prophylaxie à l'isoniazide tous les patients VIH, sauf que le PNT craint des résistances.

Les patients coinfectés VIH-TB peuvent donc être soumis simultanément aux thérapeutiques du VIH et de la tuberculose dans les deux pays. Des protocoles standardisés sont proposés, et les critères biologique (avec comme critère principal le taux de CD4) et clinique qui doivent prévaloir pour une thérapie conjointe, sont clairement spécifiés. Toutefois, nous avons pu constater que si certains soignants s'appliquent à respecter le plus strictement possible les directives nationales, d'autres s'en écartent pour une raison ou pour une autre. Tout d'abord en ce qui concerne le dépistage des deux pathologies, un effort est fait dans les deux pays pour un dépistage simultané des deux pathologies. En effet, aussi bien dans les services de prise en charge du VIH que de la tuberculose, le dépistage est proposé aux patients. Cependant, pour y parvenir les médecins butent sur plusieurs écueils qu'ils parviennent à surmonter tant bien que mal. Pour le dépistage du VIH, les professionnels de santé sont confrontés à la résistance des patients qui présentent des signes de coinfection. À ce titre, certains médecins préfèrent violer la règle du consentement pour parvenir à établir un diagnostic de coinfection. Nous revenons plus amplement sur cette problématique de dépistage conjoint au chapitre 10.

Pour ce qui est de la prise en charge thérapeutique, sa dimension collégiale au Cameroun permet de limiter au maximum les erreurs ou écarts quant à l'application du protocole recommandé. Toutefois, ceci n'empêche pas des écarts aux normes que l'ensemble des membres du comité thérapeutique valident. À titre d'exemple, on peut évoquer la décision consensuelle de traiter préalablement la tuberculose chez les patients coinfectés bien qu'éligibles à la thérapie antirétrovirale. Deux médecins camerounais approuvant ce choix le justifient ainsi :

C'est mieux qu'il achève d'abord son traitement antituberculeux. Le traitement ARV peut attendre. Il en a pour toute la vie.
(Médecin)

Franchement, différer le traitement antirétroviral à la fin du traitement antituberculeux, c'est toujours bien pour les patients. Parce que moi je me mets aussi à leur place. Ils ont parfois trop de comprimés à prendre. Entre les ARV et les antituberculeux, le cotrimoxazole et parfois d'autres médicaments qu'on peut leur prescrire, c'est souvent trop. Le patient peut se retrouver facilement avec 12 comprimés à prendre par jour. C'est sûr qu'à un moment il ne les prend pas. (Médecin)

On constate donc que la norme médicale qui veut que le traitement antirétroviral soit adjoint à celui de la tuberculose en fonction du taux de CD4 n'est pas toujours le schéma thérapeutique valorisé. Les soignants, transposent leurs propres perceptions de l'observance à celles des patients et modèlent leurs pratiques à l'aune de ces perceptions. Il est important de noter qu'en tenant compte des difficultés d'observance enregistrées auprès des patients qu'ils suivent, la plupart des médecins ont une préférence pour un traitement antirétroviral différé à la fin du traitement antituberculeux. Or, au niveau international, des études récentes démontrent que les chances de survie d'un patient coinfecté sont plus élevées lorsque le traitement antirétroviral est introduit précocement (Blanc *et al.*, 2010).

Au Sénégal, comme au Cameroun, les normes de prise en charge de la coinfection ne sont pas encore systématiquement appliquées par tous les médecins. Ainsi, les prescriptions médicales semblent davantage reposer sur des logiques propres que sur le respect des normes. Logiques qui selon eux tiennent plus

compte de l'état général du malade que des normes officielles. En particulier au Sénégal, les protocoles du PNT par exemple ne sont pas toujours connus des médecins, et encore moins les formes combinées des médicaments antituberculeux. Ce qui entraîne des erreurs de prescription et surtout empêche de prévenir l'hyper toxicité médicamenteuse. En effet, certains médecins ignorent qu'en cas de coinfection, le traitement ARV peut changer. Ce qui faisait dire à un médecin « la survenue d'une tuberculose vient compliquer le traitement ARV ». Deux raisons peuvent expliquer cet état de fait : d'abord, tous les médecins ne sont pas prescripteurs d'ARV et tous les médecins ne sont pas engagés dans le VIH (cf. *infra*). Ensuite, les médecins se sont très peu impliqués dans la prise en charge de la tuberculose et beaucoup ne maîtrisent pas les recommandations et protocoles du PNT. Certains ne sont même pas au courant des changements de protocole ou le sont longtemps après leur mise en œuvre. Selon certains professionnels, les déficits de communication autour des changements de protocoles se ressentent dans le non-respect de la politique nationale de prise en charge. Comme l'explique ce médecin sénégalais :

À notre niveau, la prise en charge croisée TB/VIH ne nous cause pas un grand dommage dans notre activité quotidienne mais dans le cadre du programme, cela pose des problèmes. Je vous donne un exemple: si on a un patient coinfecté qui est obligé de prendre un médicament qui cause un certain nombre de problèmes par rapport à une autre molécule dans la prise en charge de la tuberculose, nous on va être obligé de voir comment réaménager ce protocole-là alors que c'est des protocoles édictés sur le plan national et qui doivent être appliqués. À ce titre, il est important qu'on voie comment articuler les deux programmes; cela est d'autant plus vrai que, dans la révision des protocoles de la TB, il semble qu'il y a eu des problèmes pour adapter ces protocoles aux protocoles de prise en charge thérapeutique par les ARV. Ça, c'est un gros problème. Il faudrait qu'en même temps qu'on change les protocoles de traitement de la TB, on puisse synchroniser et voir comment les adapter aux protocoles ARV qui sont mis en place.

Le choix du traitement fait ainsi entrer en jeu divers paramètres (taux de CD4, charge virale, interactions entre ARV et antituberculeux) ainsi que des critères relativement subjectifs – notamment dans l'identification de l'observance – mettant en relief la connaissance que le soignant a de « son » patient : « Nos patients on les connaît; il y en a que nous suivons depuis plus d'une dizaine d'années; on est en mesure de désigner ceux qui sont observants et ceux qui ne le sont pas ». Le fait d'éviter de conduire simultanément les deux traitements est motivé par les interactions médicamenteuses pouvant survenir lors de l'association de certains types ARV avec des antituberculeux. En l'absence de cela, le critère mis en avant est l'accroissement du nombre de médicaments résultant des deux traitements et qui peut jouer sur l'observance. Un médecin dira ainsi :

Lorsque je suis en présence d'un patient qui me paraît animé d'une forte volonté de se soigner, je peux décider de ne pas suspendre le traitement ARV et d'appliquer les deux en même temps. Avec le nouveau protocole TB, je pense qu'il est possible d'associer les deux traitements dans la mesure où c'est moins de médicaments.

Au niveau des paramédicaux et des non soignants, on peut noter au Cameroun une volonté d'implication de ces derniers dans le processus de prise en charge de la coinfection, notamment ceux qui secondent directement les médecins dans la prise en charge des patients. Il est important de préciser ici que les responsables des bureaux de suivi de toutes les structures sanitaires étudiées au Cameroun (excepté celui de l'hôpital Laquintinie) sont membres du comité thérapeutique, ainsi que des ARC, des AS et des « patients experts » qui participent activement à la prise en charge de ces patients. Ainsi, les paramédicaux sont au fait de l'évolution des pratiques de prise en charge dévoilées au cours des comités thérapeutiques. En ce qui concerne particulièrement les services de prise en charge de la tuberculose au sein desquels l'infirmier a le pouvoir de décision sur la prise en charge des patients, le dépistage du VIH constitue une de leurs prérogatives. Ces derniers ont plus tendance à respecter le choix des patients quant au consentement du dépistage pour le VIH. Ils se conforment ainsi mieux à la stratégie « opt out »

(explicitée dans le chapitre 10) que leurs collègues médecins qui, eux, privilégient un dépistage conjoint avec ou sans le consentement du patient. Par contre, dans les activités de counselling, le discours sur la coinfection a besoin d'être harmonisé. En effet, que ce soit dans les services de tuberculose ou dans ceux du VIH, la coinfection est très souvent évoquée de façon furtive ce qui ne permet pas toujours aux patients coinfectés d'établir le lien entre les deux pathologies.

Au Sénégal, les lacunes des paramédicaux dans le processus de prise en charge de la coinfection résultent en majeure partie de leur marginalisation dans les activités relatives à l'une ou l'autre pathologie. Selon un responsable de la santé à Dakar, le personnel paramédical n'arrive pas à se l'approprier parce qu'on en avait fait «l'affaire du médecin», contrairement à la tuberculose que n'importe quel agent formé peut gérer. En effet, une des conditions ou même exigences de la décentralisation du VIH était la disponibilité dans les structures de santé de personnel qualifié avec un profil bien déterminé. La plupart des professionnels exerçant dans les services prenant en charge la tuberculose, même s'ils sont formés en counselling, l'ont peu pratiqué et l'équipe sociale n'est pas souvent mise à contribution au cours des entretiens avec les malades, son rôle se limitant à celui d'une assistance financière aux indigents et à l'organisation de séances d'IEC sur la tuberculose. Cela montre une tradition de traitement de la tuberculose peu portée sur des volets communautaire et social se situant au cœur du traitement du VIH. Ce qui peut être un obstacle à une implication des professionnels de la tuberculose dans la prise en charge du VIH. Le personnel impliqué dans le traitement du VIH semble être mieux armé dans la prise en charge de la coinfection, même si peu de discours concernent la tuberculose, que ce soit dans les structures de santé (hôpital ou centres de santé) ou à l'extérieur. Ainsi que le dit une assistante sociale :

Au niveau de l'association que nous avons mise en place, la question de la tuberculose est rarement abordée. Je sais que cela est plus pris en compte à l'hôpital. Il nous arrive d'aborder la question de temps en temps parce que nous avons toujours des malades qui font une tuberculose mais nous n'allons pas en profondeur; nous ne sommes pas assez outillés pour cela.

Le manque de connaissances sur la tuberculose chez les non-médecins se retrouve dans les discours adressés aux patients, comme celui – erroné – de cet assistant social lors d'un groupe de parole: «il faut éviter le café, l'alcool et surtout le tabac parce que cela favorise la tuberculose».

Au-delà des écarts liés aux pratiques des professionnels de santé, il est également important de relever les dysfonctionnements observés dans les structures, qui favorisent l'écart aux normes. La prise en charge conjointe nécessite non seulement un minimum d'équipements pour le dépistage et la prise en charge des deux pathologies, mais également du personnel formé. Ce qui n'est pas toujours le cas aussi bien dans les structures du Sénégal et du Cameroun. Au Sénégal, les médecins n'ont pas tous l'accréditation requise pour être prescripteur d'ARV et les infirmiers, qui sont pourtant au centre de la prise en charge dans certaines structures, n'ont pas le pouvoir de prescription. En outre, les centres ne sont pas tous équipés pour la prise en charge des deux pathologies. Par ailleurs on peut également évoquer les ruptures intempestives de stock de médicaments qui compliquent les pratiques des professionnels de santé. Ainsi, au Cameroun, dans certaines structures, quelques déviations de protocoles ont par exemple été relevées en période de pénurie, comme la délivrance de Triomune aux patients sous antituberculeux pour palier au manquement des antirétroviraux recommandés en cas de coinfection. Par ailleurs, le cotrimoxazole est régulièrement en rupture, ce qui peut entraîner sa non-prescription étant donné que les patients sont naturellement très souvent réticents à l'achat de tout ce qui est supposé être gratuit.

5. Conclusion

En dépit du retard observé au niveau institutionnel, et surtout de l'absence de canevas pour intégrer les services TB et VIH, les professionnels de santé au niveau opérationnel arrivent – bien que difficilement dans certaines structures sanitaires – à prendre en charge les patients coinfectés. Pour y parvenir, les professionnels des structures où on dénote une avancée réelle et parfois une intégration presque parfaite, ont adapté les circuits des patients souffrant possiblement des deux pathologies

à la réalité de la coinfection. La persistance des micro-enclaves de pratiques de prises en charges verticales dans certaines structures, notamment celles dotées d'un dispositif permettant la prise en charge des deux pathologies, résulterait donc d'un attentisme des professionnels de santé arrimés aux anciennes directives officielles des deux programmes qui favorisent une séparation des services, et désireux d'adopter de nouvelles formes de collaboration qui tardent à être édictées. Pour avancer dans la compréhension des pratiques de prise en charge, nous allons plus précisément nous arrêter sur les logiques qui guident celles des professionnels.



Chapitre 8

Dynamiques professionnelles autour de la prise en charge croisée de la tuberculose et du VIH au Sénégal et au Cameroun



*Fatoumata HANE, Maymouna BA,
Antoine SOCPA, Josiane MBALLA*

1. Introduction

Les pathologies chroniques ont participé à la transformation structurelle et professionnelle de l'espace sanitaire. La tuberculose d'abord, et bien plus tard le VIH, avec notamment l'avènement des antirétroviraux, apparaissent comme des maladies chroniques. Pour le VIH plus que pour la tuberculose, sous l'impulsion des multiples acteurs dont ceux de la société civile, se sont développées au niveau des structures de santé des formes de prise en charge à la fois médicale, sociale, psychologique et nutritionnelle. Contrairement aux affections courantes, les maladies chroniques nécessitent l'articulation de différents modes de prise en charge dans les structures de santé entraînant des réaménagements, des réadaptations, à la fois au niveau des espaces de santé et à celui des métiers de la santé. D'où l'intérêt d'analyser les adaptations professionnelles autour de la prise en charge croisée de la tuberculose et du VIH.

L'objectif de ce chapitre est donc de documenter les logiques et pratiques d'acteurs face aux injonctions internationales et aux jeux de positionnement et contraintes locales. D'aucuns parmi les acteurs du sida et de la santé de manière générale, présentent le lien entre tuberculose et VIH comme un processus profitant davantage à la prise en charge de la tuberculose non seulement

au Sénégal, mais aussi au Cameroun, et où donc la tuberculose apparaît comme une maladie «délaisée» par rapport au sida. Dans les deux pays, le sida pourrait représenter un ensemble d'opportunités nouvelles pour la tuberculose. Opportunités dont profiteraient le système de santé, les personnels de santé et les responsables du programme tuberculose. Nous faisons donc l'hypothèse que, face à la marginalisation du personnel impliqué dans la tuberculose, la prise en charge de la coinfection constitue une occasion de repositionnement et de reconversions pour ces acteurs.

2. Constructions de carrières et enjeux de positionnement pour les corps professionnels

2.a. Reprofessionnalisation-déprofessionnalisation: stratégies de positionnement autour de la prise en charge du VIH

Assurément, les maladies mettent en jeu un ensemble d'acteurs et réactualisent les enjeux de pouvoir, les stratégies de positionnement et les quêtes de légitimité entre groupes professionnels. Les implications institutionnelles dans la prise en charge du VIH, et plus généralement d'une maladie donnée, découlent de la capacité d'anticipation de certains acteurs qui finissent par en devenir des figures incontournables dans les processus de prise de décisions et d'évolution de la gestion de la maladie à l'échelle nationale et même internationale. C'est ce qui a valu entre autres au Service des Maladies Infectieuses (SMI) à Dakar sa position de référence en matière de VIH et infections associées, et la création du Centre de recherche et formation sur le VIH et Maladies associées qui y est affilié comme nous l'explique un médecin:

Les premiers cas de VIH diagnostiqués ici ont été transférés au SMI; donc, quelque part, les médecins qui l'ont fait les ont identifiés comme plus aptes à prendre en charge le VIH; eux ont su récupérer la chose, la faire fonctionner et en tirer le plus gros profit. Aujourd'hui, si je sais qu'il y a étude, c'est qu'il y a une volonté derrière; il y a un service qui a su vendre le VIH à des bailleurs de fonds, des organismes... Le service de Maladies Infectieuses est devenu un pôle de recherche clinique.

Contrairement à la tuberculose dont la prise en charge est routinière, sans perspective de carrière, le VIH a ouvert de réelles possibilités de positionnement pour certaines catégories professionnelles. En effet, pour les médecins, les assistants sociaux et les pharmaciens, l'implication dans le VIH leur a permis d'accroître ou de redéfinir leurs rôles et statuts dans le champ de la santé. Tandis que pour la tuberculose, seul un nombre restreint de professionnels de santé se targuent d'en être des spécialistes, y font carrière, et surtout sont reconnus comme tels dans leur milieu professionnel. On peut évoquer ici certains infirmiers, surtout en milieu hospitalier, qui ne se contentent pas de gestes routiniers mais qui, au fil des ans, apprennent sur le tas et même au cours de formations continues à effectuer des actes médicaux (faire une ponction à un patient atteint d'une pleurésie, faire une biopsie, interpréter les clichés radiographiques etc.) réservés aux médecins: ils gagnent ainsi un peu plus en visibilité dans le champ de la santé et particulièrement dans la prise en charge de la tuberculose. Par ailleurs, parmi les médecins, on retrouve des spécialistes des maladies respiratoires y compris la tuberculose (pneumologues, phtisiologues, pneumo-phtisiologues...) qui y font carrière, et qui apprennent à traiter la tuberculose sur terrain immunodéprimé, lequel apparaît simplement pour eux comme un nouveau cas si l'on s'en tient à leur propos. De plus, de nouveaux acteurs, des non professionnels, des malades et leaders d'association font également leur entrée sur la scène sanitaire, élargissant le cercle des non professionnels exerçant dans la santé et renforçant l'hypothèse de nouvelles fonctions soignantes autour des maladies au long cours (Hane, 2007).

Dans certaines structures où le traitement ARV est décentralisé (comme un centre de santé), le responsable du PNT n'a pas de contact direct avec ces médecins qui prennent en charge l'infection à VIH, même en cas de coinfection. C'est plutôt l'assistante sociale qui joue le rôle d'interface entre les patients coinfectés qui sont suivis à la fois à l'hôpital et au centre de santé. Dans un centre de santé au Sénégal, les nouveaux patients sont reçus dans deux services distincts: au bureau du PNT pour la tuberculose et au service social. Au service «PNT», c'est le TDO qui est appliqué. Une infirmière d'État aidée de deux ASC assure

la prise en charge des malades. La proposition de dépistage du VIH est faite à ces nouveaux malades mais c'est l'assistante sociale qui s'en charge. L'assistante sociale est seule à connaître les résultats des tuberculeux dépistés: le résultat est connu au bout de quinze à trente minutes du fait de l'usage d'un test rapide au laboratoire. Ce qui peut poser un certain nombre de problèmes et créer de la confusion chez les malades à qui on annonce deux maladies potentiellement difficiles à accepter. Le malade est ensuite référé à l'hôpital régional pour le suivi du traitement ARV alors que la prise en charge de la tuberculose continue au centre de santé. Selon l'assistante sociale, «c'est par souci de confidentialité et secret professionnel» qu'elle ne communique pas les résultats à sa collègue – responsable du PNT – qui gère les tuberculeux. Elle déclare à ce propos, «je ne la connais pas assez, je ne sais pas si elle peut lui faire confiance quant à la confidentialité».

Ce manque de communication pose un certain nombre de problèmes notamment dans l'élaboration des statistiques de co-infection pour les rapports trimestriels. En effet, elles ne sont pas entièrement compilées par la responsable du PNT qui ne dispose pas d'information sur le nombre de tests de VIH proposés aux patients tuberculeux, et par conséquent du taux de co-infection des patients suivis au centre de santé. Elle ne dispose pas non plus d'information sur les déclarations des patients relatives aux interactions médicamenteuses.

2.b. Carrières et expertises autour du VIH: médecins et assistants sociaux

Au Sénégal, la mise en place du CNLS, et plus tard la conduite de projets de recherches, la disponibilité des ARV et maintenant les possibles rapprochements entre programmes, se sont faits suivant un processus long qui a permis outre la mise en place de cadres institutionnels, des modes de gestion de la maladie au niveau national. Ce processus a été le théâtre du positionnement de certains acteurs autour du VIH à l'instar des médecins ou des assistants sociaux ou encore des pharmaciens. Certains médecins ont pu faire carrière ou se sont spécialisés dans le VIH. Ainsi que l'affirme ce médecin au Sénégal:

La prise en charge de l'infection à VIH constitue une opportunité de carrière pour les acteurs impliqués dans la mesure où elle est complexe et nécessite des mises à niveau régulières, une formation adaptée mais aussi développe un esprit d'initiative pour ceux qui sont ambitieux et veulent y faire carrière.

Au Cameroun, les premiers responsables du Comité National de Lutte contre le Sida ont été assimilés ou connus populairement comme des spécialistes de cette maladie. La plupart d'entre eux continuent de porter cette étiquette. À l'heure de la coinfection, le débat sur les spécialisations autour de la prise en charge croisée achoppe sur l'existence ou non d'un spécialiste de la coinfection TB-VIH. À ce sujet, les avis divergent aussi parmi les acteurs de la santé dans les structures de prise en charge. Du fait de leur expérience quotidienne dans la prise en charge des malades coinfectés TB/VIH, certains acteurs enquêtés s'estiment être des spécialistes de la coinfection. Par contre d'autres qui s'adonnent pourtant à la même tâche que les premiers estiment qu'on ne peut pas parler de « spécialiste de la coinfection » TB/VIH. Les propos de deux médecins de Yaoundé corroborent cette deuxième position :

Pour le moment, il n'y a pas de spécialiste de la prise en charge de la coinfection TB/VIH. D'un côté, il y a les pneumologues, de l'autre il y a des infectiologues, il y a des gens qui s'occupent des malades du sida. Mais il n'y a pas quelqu'un qui s'est spécialisé seulement sur cette coinfection.

Il n'y a pas à la fin de la formation un technicien qui s'est spécialisé en bactériologie, un autre en hématologie. Ils font ensemble des stages dans différents laboratoires. Là, ils font tout. En tant que technicien de santé, vous devez être capable de faire un examen de biochimie, de faire un frottis pour la bactérie, etc.

On assiste donc à des formes de spécialisation des médecins qui se sont très tôt impliqués dans les projets de recherche, pendant leur formation. Les médecins qui ne sont pas dans de tels projets bénéficient de formations continues organisées par les acteurs au niveau central mais aussi par certains partenaires et bailleurs. Ces médecins sont désignés sous le terme de « sidéologues ». Dans le cadre de la décentralisation du traitement

du VIH au Sénégal par exemple, ces premiers médecins ont été désignés chacun comme « parrains » d'une région et devaient suivre le processus de mise en place des moyens de prise en charge du VIH. Ils s'occupaient de la formation du personnel, de l'approvisionnement du site, etc., et aujourd'hui encore supervisent les sites de prise en charge de « leur » région.

Au Cameroun, aussi, on retrouve ces spécialistes du sida ou « sidénologues ». En effet, très tôt certains médecins camerounais, au fait de l'information médicale, se sont lancés dans l'aventure de la lutte contre le sida. C'est dans cette optique qu'est né par exemple à Douala, antérieurement à la création d'un CTA, le programme DARVIR (Douala antirétroviral) qui a regroupé différents professionnels de santé (médecins, pharmaciens et paramédicaux) du privé et du public. De même à Yaoundé certains médecins se sont également très tôt engagés dans la lutte, au même titre que leurs collègues de Douala. C'est ce qui justifie en partie la création des deux premiers hôpitaux de jour au sein des hôpitaux Laquintinie de Douala et Central de Yaoundé dans lesquels exerçaient la plupart des médecins engagés dans la lutte contre le VIH-Sida. Aujourd'hui, plusieurs d'entre eux restent encore impliqués dans la lutte et la recherche sur le sida, ce qui leur vaut l'appellation de sidénologues même si, au fil des ans, certains commencent à se lasser, n'éprouvant plus une réelle satisfaction à travailler dans ce domaine, gagnés sûrement par le « burn out » (Tantchou, Gruénais, 2009). En effet, la chronicisation du VIH et le suivi rapproché des malades engendrent une certaine routinisation. Certains soignants éprouvent le besoin de consulter le tout venant pour entretenir leurs connaissances autour du VIH, comme le dit un médecin,

Je ne veux pas tomber dans la routine c'est pour cela que je prends d'autres personnes que les PVVIH. Et puis si le traitement est bien suivi, il n'y a pas de problèmes, on discute, on remplit les fiches et il s'en va.

Cette routinisation des pratiques est plus marquée chez les patients qui participent aux essais cliniques. C'est un phénomène particulièrement important à noter alors qu'il y a quelques années, lors de l'arrivée des ARV, le constat la plus couramment effectué consistait à dire que le médecin allait retrouver une

raison d'être à son métier puisqu'il pourrait dorénavant traiter – à défaut de guérir – ce qui n'était pas le cas avant l'arrivée de ces molécules, plongeant à l'époque ces mêmes médecins dans une forme d'impuissance thérapeutique. Donc, aujourd'hui, les médicaments sont là, depuis une durée suffisamment longue pour créer, finalement, une forme de routinisation des pratiques.

Une autre catégorie professionnelle dont la présence est rendue visible dans le système de santé est celle des assistants sociaux. Ce corps des assistants sociaux, rappelons-le, a été créé dans le cadre de la mise en place de l'assistance publique aux démunis. Leur rôle dans les structures de santé a été – et continue d'être – principalement d'identifier et de prendre en charge les cas sociaux. Face au manque de ressources financières remettant en cause leur capacité d'action, ces assistants sociaux se sont investis dans des activités de prévention des maladies telles que la tuberculose. Dans les hôpitaux, les assistants sociaux ont le sentiment que leur rôle s'est accru avec le VIH contrairement à la tuberculose, comme en témoigne les propos de l'un d'entre eux :

Le VIH a donné de la matière d'œuvre aux assistants sociaux, il fallait expliquer notre rôle tout le temps, les gens ne savaient pas ce que l'on faisait et [pensaient] que l'on était payé à ne rien faire. Maintenant on intervient dans l'observance, l'appui psychologique, le problème d'observance. Avec le VIH a été créé un comité technique chargé des aspects sociaux où nous intervenons. Nous ne sommes plus oisifs et puis on est plus à l'aise dans le système de santé où on a une vraie place. Tous les jours, on fait des entretiens avec les malades impliqués dans les projets de recherche et puis on continue à assurer la prise en charge des malades démunis hospitalisés aux Maladies infectieuses et à qui on doit assistance.

Au Cameroun également, avec l'avènement du VIH et plus précisément des ARV, les assistants sociaux ont été très sollicités dans les formations sanitaires. En effet, à l'époque où les ARV étaient payants, il revenait à ce corps de métier de donner son avis pour le recrutement des indigents, soient au plus 10% du nombre total des personnes indigentes adultes prises en charge dans un CTA ou une UPEC. Avis bien sûr qui pouvait être suivi

ou non. Les assistants sociaux faisaient donc partie du maillon de la chaîne des professionnels de santé que les patients VIH+ devaient absolument rencontrer dans le processus de leur prise en charge avant la mise sous traitement. En effet, l'assistant social était chargé de relever les caractéristiques sociodémographiques de tous les patients éligibles ou pas au traitement antirétroviral. Depuis l'instauration de la gratuité, les assistants sociaux ne sont plus sollicités pour des cas d'indigence déclarés, excepté à l'hôpital régional de Bamenda. L'assistante sociale de cet hôpital explique la persistance de ce rituel dans cette institution par le fait que, nonobstant la gratuité des ARV, il existe des patients indigents, mais aussi et surtout par le fait qu'il faut prévoir «l'après gratuité». Ainsi, les éléments sociodémographiques relevés à l'initiation au traitement seront utiles pour mieux gérer les sollicitations d'aide éventuelles d'un patient à un moment donné de son traitement. Toutefois, au-delà du rôle d'assistance financière, les ASC sont actuellement sollicités pour d'autres prestations: counselling, éducation thérapeutique, consultations d'observance.

Pourtant, l'implication des assistants sociaux dans le VIH répondait à une situation qui existe aussi dans la tuberculose: la prise en charge de ces deux maladies déborde du champ strictement médical et soulève des contraintes économiques, psychologiques et sociales assez importantes. Cependant, cette prise en charge sociale reste faible et subordonnée à l'aide des ONG et bailleurs. Dans les régions et au niveau des centres périphériques, ces assistants sociaux sont obligés de «faire avec» des moyens souvent rares. À part les groupes de paroles, où il est de plus en plus difficile d'identifier des participants, la prise en charge est fortement limitée à l'éducation thérapeutique. Les assistants sociaux s'apparentent ainsi à des «bricoleurs du social». Au Cameroun comme au Sénégal, ils ont du mal à accomplir convenablement leur tâche à cause du manque de moyens. En effet, la somme allouée chaque année aux formations sanitaires du secteur public par le ministère des Affaires sociales s'élève à 500 000 FCFA pour chacune d'entre elles. Somme dérisoire au regard des multiples sollicitations des patients indigents (tuberculeux, VIH+ et autre). De plus, les Agents de Relais Communautaires (ARC) au Cameroun et

les Agents de Santé Communautaire (ASC) au Sénégal, doublés parfois des médiateurs sont de plus en plus impliqués dans la prise en charge du VIH et se voient confiés les mêmes tâches qu'eux à savoir: la prise en charge psychosociale, les visites à domicile, la détermination du statut d'indigence, etc. Ce qui va contribuer à créer des frustrations chez les assistants sociaux qui se sentent menacés.

2.c. Les non professionnels dans la prise en charge des pathologies: les ASC et ARC pour répondre au manque de personnel

Dans les différents sites d'enquête du Sénégal, les assistants sociaux jouent un rôle central dans la prise en charge du VIH. Cependant, la décentralisation du VIH devait s'appuyer sur du personnel qualifié notamment un pharmacien dispensateur que les structures de santé n'ont pas. Pour pallier à cela, les ASC et autres agents sanitaires se sont vus attribuer la fonction de dispensateur après avoir reçu une formation sur l'éducation thérapeutique et l'observance. Pourtant, pendant longtemps, l'un des facteurs contraignants la prise en charge du VIH au niveau des hôpitaux à Dakar, puis plus tard dans les régions, était le manque de personnel qualifié. Dans chaque site de dispensation, il fallait qu'il y ait un technicien de laboratoire, un médecin prescripteur et un pharmacien dispensateur. À cet égard, dans les réunions sur la prise en charge croisée de la tuberculose et du VIH, la différence de profils des professionnels est posée comme une contrainte au rapprochement des deux programmes – par ailleurs expliquée dans ses « raisons institutionnelles » dans le chapitre 4.

De plus, ces ASC dérogent souvent aux principes éthiques de prise en charge des patients VIH+. À titre d'exemple, le dispensateur ARV d'un centre de santé au Sénégal est ASC, il est donc chargé de l'approvisionnement des postes et du centre en médicaments et consommables médicaux. Il s'occupe en même temps de la confection de kits d'accouchement dans le cadre du « Forfait accouchement » et de leur fourniture, tâche qu'il exécute souvent aux heures de dispensation dans un magasin aux « produits Forfait » situé à l'étage de la pharmacie. Il reconnaît qu'il ne fait pas correctement la dispensation et affirme,

Je ne peux pas faire de la dispensation vraie. Je sais que je devrais discuter un peu plus avec le malade, sortir les dossiers, vérifier le poids, leur donner des conseils sur le plan nutritionnel; tout cela serait possible si je ne faisais que de la dispensation ARV; mais c'est impossible ici; je n'ai pas le temps.

Cette forme de dispensation des ARV réduit celle-ci à de la simple délivrance car le dispensateur, souvent débordé, ne s'encombre pas des protocoles que requiert cette pratique. La vérification du poids, de la conformité de l'ordonnance avec le protocole du patient, la consultation du dossier médical, la délivrance de conseils nutritionnels, la vérification de la compréhension de la posologie par le malade... ne sont pas systématiquement réalisées. La même situation a été retrouvée au centre de santé de Tambacounda au Sénégal, où c'est le responsable du service social (donc chargé des cas sociaux et de l'accompagnement psychosocial des PVVIH), qui s'occupe de la gestion et de la dispensation des ARV, tâche pour laquelle il n'a reçu aucune formation à ce jour.

On constate donc que certaines personnes impliquées dans la prise en charge sont submergées, parce que cumulant plusieurs fonctions pour la plupart. Elles sont ainsi appelées à remplir d'autres tâches que celles qui leur sont désignées prioritairement. Ce cumul de fonctions de certains acteurs travaillant sur le VIH, impliquant à la fois une surcharge de travail et d'absentéisme, a des conséquences sur la prise en charge. De même, les consultations des patients souffrent des mêmes manquements.

À côté des agents de santé communautaire, existe un autre métier: celui des médiateurs de santé. En effet, depuis près de trois ans, on remarque l'émergence de médiateurs dans les structures sanitaires. Ils sont censés appuyer l'assistant social dans l'exécution des activités de prise en charge sociale mais dans certains cas, ils ont des problèmes avec les personnels trouvés sur place qui ne collaborent pas avec eux et les perçoivent comme des concurrents.

2.d. La professionnalisation des associatifs: les médiateurs et patients experts

Les multiples intervenants dans le sida, par leurs approches, ont contribué à l'émergence de nouveaux métiers. C'est ainsi que sont apparus les médiateurs intra-hospitaliers dont la mission théorique est de faire le counselling, de soutenir les PVVIH, d'organiser des causeries et des repas communautaires. Nous parlons de mission théorique dans la mesure où, dans la pratique, leur rôle est tout autre, dans certains cas il est limité aux visites intra-hospitalières auprès des membres d'associations hospitalisés au service de pneumo-phthisiologie ou de maladies infectieuses. Ils peuvent aussi être envoyés par les assistants sociaux au service social de l'hôpital pour négocier des prises en charge totale ou partielle pour les malades identifiés comme cas sociaux. Ces médiateurs doivent travailler en collaboration avec le personnel médical et les assistants sociaux mais, souvent, ces derniers pensent qu'ils les dépossèdent de leur fonction et de leur rôle. Quant aux médecins, ce sont eux-mêmes qui font le counselling et font plutôt appel aux assistants sociaux qu'aux médiateurs pour aider les malades. Ces médiateurs au Sénégal souffrent donc de leur non-reconnaissance et ont du mal à se faire une place dans le système de santé. Ils ont un rôle qui semble se confondre avec celui des assistants sociaux, ce qui ne facilite pas leur positionnement.

De leur côté, les membres d'associations au Cameroun qui interviennent dans les CTA-CDT ou UPEC-CDT sont tantôt appelés bénévoles, patients-experts ou simplement associatifs. Comme au Sénégal, ils interviennent généralement auprès de l'équipe en charge du VIH. Les responsables des structures leur confient prioritairement les activités liées au counselling. Toutefois, en fonction des besoins de chaque structure, ils peuvent également être impliqués dans plusieurs autres activités dévolues aux infirmiers: dispensation des médicaments, éducation thérapeutique, IDR, etc. Ainsi, dans toutes les structures sanitaires spécialisées au sein desquelles la recherche a été menée, il existe une association de PVVS affiliée qui offre différents services. Les patients nouvellement dépistés y sont référés. Ceci permet, selon les professionnels de santé, de prolonger l'activité de counselling qui a été préalablement effectuée au moment du dépistage. Cependant,

la remarque récurrente effectuée dans toutes les structures est que ces associatifs n'interviennent pas dans les services de prise en charge de la tuberculose, lesquels nécessitent pourtant du personnel pour le counselling des patients tuberculeux qui n'ont pas été dépistés lors de leur première consultation. Ceci, soit parce qu'ils n'ont pas consenti à le faire lorsque le médecin ou l'infirmier le leur a proposé, soit parce qu'ils ont commencé par le traitement de la tuberculose alors que cela n'est pas la règle. Toutefois, certains associatifs commencent à inscrire les activités relatives à la tuberculose dans leur agenda. Il s'agit ici d'apporter du soutien psychologique et parfois nutritionnel et même l'aide à l'observance aux patients coinfectés. Il est tout de même important de signaler que le risque de contagion au contact des patients tuberculeux a été évoqué par certains associatifs, pour justifier leur absence dans les services de tuberculose. À ce titre, certains ont d'ailleurs déploré l'exiguïté et le manque d'aération de la salle qui leur a été attribuée pour mener leurs activités de counselling auprès de leurs pairs PVVS.

2.e. Un corps professionnel central dans le système de santé mais marginalisé pour le VIH: les infirmiers

Malgré leur rôle central dans un système de santé tant décrié, les infirmiers restent, au Sénégal le maillon faible de la prise en charge du VIH et de la tuberculose. Concernant la prise en charge de la tuberculose, les infirmiers, souvent désignés comme responsables de traitement, considèrent cette activité comme routinière, peu valorisante, n'offrant aucune perspective de carrière. De ce fait, ils la délèguent aux agents de santé peu qualifiés et formés sur le tas au suivi des patients tuberculeux.

Leur implication dans le VIH, par contre, semblait pour eux aller de soi. Or, leur rôle se limite aux prélèvements de sang des malades hospitalisés d'où leur sentiment d'exclusion de la prise en charge du VIH au profit des assistants sociaux surtout dans les hôpitaux: ils ne font pas de counselling, pas de prescription, etc. Ils se sentent de plus en plus concurrencés par les assistants sociaux:

Je ne suis pas très impliqué dans la prise en charge du VIH dans le service. Par exemple j'aurais pu faire le counselling dans la

mesure où j'ai suivi les cours dans le cadre du RESIF dont je suis membre et je fais partie des formateurs.

Ce sentiment d'exclusion s'est traduit dans la mise en place d'un réseau des infirmiers contre le VIH à Fann. Ainsi cet infirmier :

Pour les infirmiers, par rapport à la prise en charge du VIH, on peut parler de reconquête d'un champ professionnel, en effet on était ignorés comme acteurs et pourtant on y travaille de manière naturelle. La création du RESIF c'est aussi un combat pour nous repositionner en matière de prise en charge, les médecins avaient des patients qui se retrouvaient avec des infirmiers quand ils sont hospitalisés ou quand ils ont besoin de soins.

Malgré cette volonté de repositionnement par rapport à une maladie, les frustrations demeurent. Selon certains infirmiers, l'introduction de certains projets, par exemple sur le VIH, suscite des frustrations dans la mesure, où pour eux, le travail se fait en équipe. Ce sont eux qui se situent en première ligne du fait de leur tâche qui consiste, entre autres, à réaliser des prélèvements de sang pour le dépistage. De plus, cette exclusion est selon eux portée par les médecins et les professeurs, c'est-à-dire des catégories qui leur sont supérieures dans la hiérarchie professionnelle, qui leur feront subir leur ressentiment en cas de blocages dans le déroulement des projets de recherche. Ce qui faisait dire à un infirmier au Sénégal : «tu sais le prof' il fait ses choses sans nous impliquer on le laisse faire et après il s'énervé parce que ça ne marche pas».

Nous pouvons penser que la reconquête de la place des infirmiers dans la prise en charge du VIH et de la tuberculose ne se fera que quand le processus de décentralisation des traitements sera effectivement mis en place. Au niveau des centres et postes de santé où ils font figure de «médecins», du fait du manque de ressources qualifiées, ces infirmiers hériteront de tâches, de rôles et de responsabilités dévolus classiquement aux médecins et aux assistants sociaux.

Contrairement au Sénégal, les infirmiers au Cameroun sont impliqués dans tout le processus de prise en charge du VIH, du dépistage à la mise sous traitement. En effet, les infirmiers ont

la latitude de dépister les patients pour les deux pathologies, de faire le counselling, de faire la dispensation des ARV et des antituberculeux, et de prescrire, même si c'est souvent sous le contrôle des médecins. En effet, les infirmiers diplômés d'état (IDE) qui assistent aux comités thérapeutiques hebdomadaires sont très souvent mis à contribution. Ils se forment jours après jour à la prise en charge globale des patients vivant avec le VIH. Ainsi, dans certaines structures sanitaires, les infirmiers peuvent faire la prise en charge globale. Ainsi, nous avons assisté à des comités thérapeutiques réalisés entièrement par les infirmiers. Les décisions prises peuvent être ou non contrôlées par les médecins avant leur application. Les médecins interrogés sur cette délégation de tâche déclarent que certains infirmiers sont déjà aptes à prendre en charge les patients VIH+ ou coinfectés TB/VIH. Par ailleurs, cela leur permet aussi d'alléger leur tâche d'autant qu'ils ne s'occupent pas que de ces patients tuberculeux et infectés par le VIH. Responsabiliser les infirmiers dans la prise en charge du VIH permet enfin de gérer l'indisponibilité des médecins absents de leurs postes pour une raison ou une autre, selon le principe de la délégation des tâches (Ndoye *et al.*, 2005; Hane, 2007). Au cours des comités thérapeutiques, il arrive que certains infirmiers présentent les cas préparés par les médecins. À la fin, les médecins peuvent leur demander de proposer un protocole qu'ils valident ou corrigent.

3. Les formations continues: palliatif au déficit de formations initiales ou nouveaux processus de professionnalisation?

Les équipes de prise en charge de la tuberculose et du VIH au Cameroun sont composées de médecins, infirmiers, assistants sociaux, agents de relais communautaire, pharmaciens ou commis de pharmacie, tous mobilisés pour répondre au quotidien aux sollicitations des patients. Ces professionnels ont été formés à la prise en charge du VIH et/ou de la tuberculose en fonction de leur domaine de compétence. En ce qui concerne la formation des médecins et des infirmiers, au delà des enseignements reçus au cours de la formation diplômante et des formations organisées principalement par le CNLS et le CNLT, ces derniers déclarent

qu'ils acquièrent nombre d'aptitudes au fil de leur implication dans la prise en charge de ces deux pathologies. En effet, le comité thérapeutique qui se tient hebdomadairement dans le cadre de la prise en charge du VIH est un espace didactique pour les professionnels de santé qui y prennent part, y compris les autres catégories professionnelles impliquées dans le processus de prise en charge de patients VIH+ et/ou coinfectés VIH-TB. Ils y acquièrent la capacité à prendre en charge médicalement non seulement le VIH mais aussi les IO y compris la TB. Les cas présentés au cours de ces comités thérapeutiques sont discutés entre médecins, et les interventions des uns et autres prennent très souvent la forme d'un cours magistral pour la prise en charge de ces pathologies.

L'une des caractéristiques communes aux différentes catégories d'acteurs impliqués dans la prise en charge du VIH au Sénégal comme au Cameroun, demeure que cette implication passe par le suivi de formations continues. Un infirmier nous explique à ce propos son parcours :

J'ai suivi beaucoup de formations sur la réanimation polyvalente en France, j'ai un DU [diplôme universitaire] sur le VIH, j'ai suivi d'autres formations sur le VIH. Je me suis intéressé au VIH parce que j'ai toujours eu un intérêt pour les Maladies infectieuses. Et puis le constat que j'ai fait c'est qu'il y a une absence de formation au VIH, les curricula de formation sont en décalage avec les réalités du terrain; pourtant ce sont les assistants sociaux et les médecins qui reçoivent toutes les formations et pas les infirmiers. Je pense que l'approche psychosociale est importante mais il faut aussi que l'ICP puisse dépister une tuberculose et proposer une sérologie. J'ai aussi fait de l'expertise dans le cadre d'un essai clinique.

Au Sénégal, cette démarche tranche avec la formation classique mais aussi avec les conditions de professionnalisation, d'acquisition de compétences parallèles, pour la tuberculose, à la mise en place et la définition de politiques de prise en charge du sida.

Au regard des conditions actuelles d'acquisition des connaissances chez les personnels de santé, nous estimons ici les formations continues comme déterminantes dans le processus

de professionnalisation des soignants. En effet, les savoirs et les curricula de formation des catégories professionnelles étant très peu actualisés malgré les évolutions et avancées techniques en matière de santé, les formations continues apparaissent comme le seul moyen d'assurer une mise à jour régulière des connaissances des acteurs de santé comme le montrent les propos de cet assistant social :

En 2004-2005 j'ai rejoint le PTA qui venait d'ouvrir. J'ai toujours refusé d'apprendre des injections ou de faire des soins, pour moi c'est avilir mon métier. Nous devons nous battre pour valoriser le travail de l'assistant social. L'assistant social a d'autres missions que de donner des médicaments, nous pouvons faire beaucoup d'autres choses que d'identifier les cas sociaux. De plus on ne peut plus parler de prise en charge médicale sans prise en charge sociale. Les gens sont obligés de réapprendre, de se perfectionner. Je suis aide-social de formation, il faut que je fasse un concours professionnel pour être assistant social mais je pense que c'est une question de niveau de recrutement, mais c'est la même chose. Sinon j'ai eu à bénéficier de formation continue, des séminaires locaux sur le VIH. Pour le counselling, j'ai appris sur le tas puis j'ai fait une formation de 3 jours au CTA.

En outre, l'un des facteurs bloquant la décentralisation de la prise en charge n'est pas seulement la disponibilité d'un minimum d'équipement : c'est aussi le déficit de ressources humaines de qualité. La formation sur le VIH des personnels de santé prenant en charge la tuberculose et celle, sur la tuberculose, des personnels prenant en charge le VIH – dans l'optique de mettre en place une prise en charge croisée – constitue un point essentiel de la formalisation de cette initiative.

En ce qui concerne la prise en charge croisée TB/VIH, ils veulent mettre en place un DU aux MI. Ils y travaillent, c'est un projet en cours. Trois infirmiers, deux assistants et six médecins ont été choisis par le comité scientifique d'ESTHER, explique un médecin.

Parallèlement, nous l'avons démontré, les structures de santé sont aussi composées de personnels non qualifiés, dont le rôle s'est accru avec la délégation des tâches. D'ailleurs,

nous remarquons que les types de formation sont accessibles différemment aux soignants selon leur statut et leur position dans le processus global de prise en charge d'une maladie.

Les professionnels de santé et les assistants sociaux ont, pour la plupart, reçu des formations continues sur la prise en charge du VIH, de la tuberculose et maintenant, de plus en plus, ils bénéficient de recyclages et de formations sur la coinfection. Selon les médecins et infirmiers interrogés dans les structures sanitaires, VIH et tuberculose font bien partie des pathologies étudiées actuellement au cours de leur formation. Cependant, l'aspect technique et pratique du travail reste à développer d'où la nécessité d'une formation supplémentaire pour être opérationnel. Il faut notamment prendre connaissance du protocole de prise en charge (notamment pour les molécules disponibles), des outils de collecte de données de chaque programme, des techniques de counselling, etc.

Au Cameroun tout comme au Sénégal, les personnels impliqués dans la prise en charge du VIH ou de la tuberculose ont bénéficié au moins d'une formation organisée par les programmes nationaux sur la prise en charge de la coinfection VIH-TB. Pour ces professionnels de santé, la coinfection apparaît comme une évolution qu'il faut intégrer dans l'exercice de leur activité. Généralement, ils sont au fait des évolutions puisqu'ils prennent part à toutes les formations organisées par les organes de pilotage (PNLS et PNLT) de ces deux pathologies. Dans toutes les structures sanitaires, les responsables veillent à ce que tous les professionnels de santé prennent part à au moins une des formations de prise en charge du VIH organisées par le CNLS. Tandis que les formations du PNLT sont surtout réservées au personnel directement impliqué dans la prise en charge de la tuberculose. Au Sénégal, par exemple, de plus en plus de formations sont organisées par le PNT en collaboration avec l'un de ses partenaires notamment FHI, sur la prise en charge du VIH et de la coinfection TB/ VIH, ceci aux prestataires de la tuberculose.

En général, lorsqu'on se penche sur les modules de formations des personnels pour le VIH, il existe toujours une séance réservée aux différentes coinfections courantes au premier rang desquelles la coinfection VIH-TB. Il est important de rappeler

ici que certains responsables essayent autant que faire se peut de faire bénéficier de ces formations l'ensemble du personnel de santé des structures sanitaires qu'ils dirigent. Il y a certes toujours des privilégiés, notamment pour ceux qui sont directement impliqués dans la prise en charge de ces patients, ce d'autant plus qu'ils sont plus au contact des malades que les médecins. Étant donné que dans tous les services, notamment dans les pavillons d'hospitalisations, les personnels de santé directement impliqués ou pas peuvent être en contact avec les malades souffrant d'une ou de ces deux pathologies, les responsables des structures sanitaires essaient de former le personnel à la prise en charge de ces pathologies. Pour justifier ce choix, un responsable de la prise en charge du VIH d'une UPEC a déclaré :

Il y a trois femmes qui s'occupent principalement de la PTME dans notre hôpital. Voyant que ces femmes ne sont pas toujours là, on a essayé de faire une formation générale du personnel de tout l'hôpital sur la PTME. La major de la maternité travaille peut-être jusqu'à 15h30 et les femmes accouchent à toute heure. Si la personne qui est de garde ne connaît pas ce qu'est la PTME on aura un problème. Donc on a mis à tous les points de pharmacie qui vendent 24h/24 le test de VIH. Donc chaque femme qui arrive pour accoucher – si elle n'a pas la preuve écrite de son statut sérologique – est soumise au test de HIV. Si le test est positif, il y a également les médicaments disponibles 24h/24 dans la salle d'accouchement. On peut au moins lui donner les doses qu'on donne en début du travail. L'enfant peut ainsi bénéficier des mesures d'hygiène qu'on met en place pour les femmes séropositives, avant qu'on me le présente le matin ou à la major.

Par ailleurs, on constate que certains professionnels de santé n'attendent pas seulement d'être sélectionnés pour prendre part aux formations organisées au niveau national. Certains cherchent des opportunités de formations à l'extérieur du pays. Dans ce cadre, le DIU de Ouagadougou constitue « la » formation de référence en matière de prise en charge du VIH par les médecins africains. Cette formation diplômante permet de rejoindre le cercle encore restreint des « sidénologues ». Au-delà de ces

formations diplômantes, les structures de santé proposent une formation sur le tas, notamment auprès d'un personnel plus qualifié : le principe de diffusion des compétences acquises est ici valorisé. Leurs compétences sont d'ailleurs mises à contribution lors des comités thérapeutiques qui apparaissent, comme nous l'avons déjà signalé, comme de véritables espaces didactiques. À ce titre, au Cameroun par exemple, nous avons assisté dans certaines formations sanitaires à des séances de restitution ou de diffusion des enseignements reçus par des professionnels qui ont bénéficié de formation sur le VIH à leurs collègues. Séances au cours desquelles les participants ont la latitude de poser des questions sur les informations reçues.

4. Conclusion

Comme pour la prise en charge de toute pathologie chronique, celle du VIH et de la tuberculose a entraîné une redéfinition des pratiques professionnelles dans les structures de santé. Celle-ci s'est d'ailleurs traduite par une restructuration professionnelle du champ sanitaire où de nouveaux métiers émergent et de nouvelles fonctions se construisent. Si, au niveau institutionnel, la prise en charge croisée de la tuberculose et du VIH tarde à se structurer, dans les structures de santé, les personnels confrontés aux malades coinfecteds s'adaptent, mettent en œuvre des mécanismes de prise en charge croisée. De ce point de vue, la prise en charge de la coinfection constitue un enjeu de repositionnement dans le champ sanitaire qui apparaît comme une « arène », telle que définie par Jean Pierre Olivier de Sardan (1995), pour certains acteurs exclus de la gestion de ces deux pathologies prises isolément. En effet, les dynamiques professionnelles autour des maladies, au Sénégal comme au Cameroun, mettent en lumière les enjeux et les stratégies de pouvoir des acteurs en quête de légitimité. Concurrencés, exclus, marginalisés ou au contraire valorisés selon leur statut et leur fonction, les personnels de santé doivent faire preuve d'inventivité et de dynamisme dans leurs pratiques au quotidien pour se maintenir dans un système de santé en mutation.

Pratiques au cœur desquelles se situe la relation avec le malade, objet d'images, de représentations, de catégorisations

230 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

qui – à leur tour – ont une histoire qu'il importe de retracer avant de se pencher sur les rapports actuels du malade à la coinfection.



Chapitre 9

Catégorisations historiques des malades et des vecteurs de maladies



*Fatoumata CAMARA, Alioum IDRISOU,
Jean Baptiste NZOGUE, Mor NDAO*

Pendant longtemps, l'idée a donc prévalu que la tuberculose était une pathologie d'importation étrangère et inconnue de l'Afrique. Cependant, suite à une plus grande attention accordée aux malades et à leur catégorisation au niveau des structures sanitaires, des connaissances de plus en plus affinées sur la pathologie ont permis de connaître l'origine de la maladie mais aussi de déterminer les franges de la population les plus touchées ainsi que celles qui étaient à l'origine de la diffusion du bacille de Koch. Parallèlement à la tuberculose, les pathologies vénériennes furent parmi les affections qui ont touché des catégories bien déterminées de la société coloniale, y compris les Européens, qui payaient un large tribut à la syphilis et à la blennorragie (Martin, 1921, p. 138). La réflexion développée dans ce chapitre, à partir de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal, et des maladies vénériennes plus spécifiquement au Cameroun, répond au besoin de voir comment, dans le temps, se sont construites les différentes catégories de malades qui sont à l'origine de la constitution des «populations à risque» dans ces deux pays.

1. Catégorisations historiques des malades

Une fois reconnue l'incidence des pathologies sur la mise en valeur des colonies, l'administration coloniale a cherché à avoir une meilleure connaissance de leur épidémiologie, mais aussi à comprendre leurs moyens de diffusion afin d'en réduire l'incidence et sauvegarder la santé des populations autochtones

par lesquelles devait passer l'exploitation des colonies. Ainsi, on assista au sein des structures de santé, à une catégorisation des malades qui reposait sur des critères différents en fonction des périodes et moyens thérapeutiques disponibles.

1.a. Catégorisations basées sur la classification sociale ou la localisation de la maladie

La catégorisation des tuberculeux, au Sénégal, jusqu'en 1950, a essentiellement reproduit la structuration même de la société coloniale. Sa stratification sociale (des colons aux autochtones) s'est ainsi répercutée sur la catégorisation des tuberculeux au niveau des structures pour Européens ou indigènes. On distingue ainsi essentiellement deux grands groupes. Celle des blancs et celle des indigènes qui, à partir de 1946 – suite à la Loi Lamine Gueye permettant d'étendre à toute la population le statut de citoyen – au même titre que les habitants des quatre communes, sont dénommés Africains ou Autochtones (ANS, AOF, 2G46-6).

À l'Hôpital Principal de Dakar, qui reçoit différents malades ne relevant pas de L'AMI gratuite, on distingue deux grandes catégories de malades, les Européens et les indigènes. Cependant, cette catégorisation n'est pas aussi rigide qu'elle n'y paraît: dans l'optique de mesurer le rôle et l'impact de chaque frange de la population dans la diffusion de l'infection bacillaire et son origine (locale ou importée), chaque grande catégorie fut scindée en groupes. On peut comprendre, dans un tel contexte, que le groupe des Européens est en réalité loin d'être homogène. De plus, grâce à leur statut de citoyen, les ressortissants des quatre communes¹ sont classés dans la même catégorie que les Européens. Cependant, dans les statistiques hospitalières, il arrive qu'ils soient distingués des «blancs». Aussi, peut-on, au niveau des statistiques de morbidité et la mortalité, retrouver, dans une même rubrique les Européens, originaires et assimilés (Libano-syriens) même s'ils sont cités, voire identifiés de manière distincte. Quant au groupe des indigènes, il était essentiellement constitué de fonctionnaires ou de particuliers qui

¹ Il s'agit de Saint-Louis, Gorée, Rufisque, et Dakar, dont les habitants bénéficient du statut particulier de la citoyenneté française.

payaient à leurs frais leurs soins. La classification des patients est ainsi facilitée par l'apparition de services spécialisés pour chaque groupe, et cette séparation des malades peut expliquer la construction d'une catégorisation des malades du fait de l'existence de pavillons spéciaux réservés aux Européens, alors que d'autres sont affectés aux originaires des quatre communes de plein exercice ou aux assimilés (plus précisément les Syriens). Ainsi, note-t-on un regroupement des patients en fonction de la « race » (terme employé dans les textes) même si l'insuffisance de la capacité d'accueil hospitalière impliquait parfois la cohabitation de malades de « races » différentes au sein d'un même pavillon. À titre illustratif, le rapport des services de santé de l'Afrique occidentale française, en 1929, signalait, au niveau de la maternité, des plaintes de la part de malades européennes et syriennes cohabitant dans une même salle que des Africaines (ANS, AOF, 2G29-21).

Au-delà de cette catégorisation en fonction de la « race », on peut en distinguer une autre dans les structures pour indigènes, basée sur la profession des patients, leur ethnie, voire leur origine. À partir des années 1920, les relevés statistiques au niveau des structures sanitaires, permettent d'enregistrer la mortalité et la morbidité par tuberculose mais aussi de procéder à une classification des malades. D'après le rapport de 1925 de l'Hôpital central indigène (rédigé par Couvy, Directeur Général de l'hôpital) au sujet de la tuberculose à Dakar, a été établi un système de fiches qui permettra de préciser, autant que possible, le mode de contamination et de suivre l'évolution de la maladie. Le relevé de renseignements concernant 88 malades permet ainsi de glaner des informations sur la profession des malades, leur « race » (ethnie) (ANS, AOF, 2G25-27). L'objectif poursuivi était de voir s'ils ont habité la France, et s'ils sont, ou non, des tirailleurs. Cette attention accordée aux tuberculeux résultait du fait qu'au lendemain du premier conflit mondial, les enquêtes menées au niveau de la colonie avaient révélé la progression de la maladie. Ce qui poussa d'ailleurs Couvy à soutenir qu'il était possible d'affirmer que la tuberculose constitue pour la population de Dakar et le Sénégal entier, une menace des plus sérieuses et que sa prophylaxie devait retenir toute l'attention. Les fonctionnaires, les petits employés, furent ainsi considérés comme

les groupes les plus touchés par la tuberculose. Leurs rapports fréquents avec les Européens expliqueraient leur contamination par ceux-ci. Cela ne signifie pas que les autres franges de la population n'étaient pas concernées par l'infection bacillaire. En réalité, le peu de contacts entre le personnel de santé et les populations rurales ne pouvaient permettre d'avoir de plus amples informations sur leur atteinte par la maladie. Par ailleurs, les indigènes les plus acquis à la médication occidentale étaient des fonctionnaires, des employés de commerce, des assimilés ou des « originaires ». Il n'est donc pas surprenant qu'ils apparaissent le plus dans les statistiques hospitalières.

Est également évaluée la part de la tuberculose dans la mortalité et la morbidité aussi bien au niveau des populations fixes que parmi les « flottants ». La population « flottante » désigne la population sans revenus et sans domicile fixe qui, à partir des années 1930, afflue vers les grandes villes sénégalaises, notamment Dakar, à cause de la pauvreté rurale induite par une baisse spectaculaire des cours de l'arachide – principale culture. La part de chaque groupe dans la morbidité par tuberculose et, par là, les causes de la diffusion de la maladie, sont ainsi mises en exergue par cette classification des malades qui fit alors penser aux administrateurs sanitaires que les comportements et modes de vie des indigènes expliquaient cette présence de la tuberculose et faisaient ainsi d'eux les principaux vecteurs de la maladie.

Notons toutefois que, si l'existence de réseaux de services de santé plus denses a permis une meilleure surveillance de la tuberculose dans les villes, il n'en fut pas de même dans les campagnes. À l'intérieur du pays, bien que l'existence de la maladie soit mentionnée dans les rapports de santé, l'absence de chiffres précis ne permit pas de procéder à une catégorisation des malades. Cependant, sont distingués les Maures qui apparaissent dans le rapport de 1926 comme plus sensibles à la pathologie du fait de leurs activités (transhumance, nomadisme) jugées pénibles et surtout de leur régime alimentaire considéré comme déficient. Par ailleurs, les non musulmans consommateurs d'alcool sont également désignés comme plus touchés par la pathologie. En 1931 a été établie au niveau de l'Hôpital Central Indigène, une catégorisation des malades en fonction de leur origine. Aussi

distingue-t-on ceux en provenance du Sénégal et ceux qui sont d'origine portugaise (ARS, AOF, 2G31-16). La part de chaque groupe dans la morbidité par tuberculose a ainsi été définie. Parmi les indigènes touchés par la tuberculose sont également distingués les gens de l'intérieur venus chercher du travail puis, les fonctionnaires, les employés de commerce. De même, sont inclus les métis même s'ils n'apparaissent que rarement dans les rapports de santé.

La classification des malades démontre incidemment l'existence de la tuberculose en Afrique; du même coup, elle permet de réfuter l'idée selon laquelle la pathologie se contractait uniquement par contact avec la population européenne. Elle dément aussi l'idée de l'inexistence de la tuberculose autochtone africaine puisque des populations de l'hinterland, sans contact direct ou indirect avec les Européens contractaient l'infection bacillaire. Toujours est-il que les indigènes sont indexés comme les principaux diffuseurs de la maladie. En 1926, l'atteinte des cultivateurs, de ménagères mais aussi le fait que, sur 88 malades vus à la consultation à l'Hôpital Central Indigène et au niveau des dispensaires, 80% avaient habité Dakar pendant plusieurs années alors que 9 d'entre eux provenaient directement de leur village où ils s'étaient donc primitivement contaminés, furent deux éléments soulignés dans le rapport de santé des services de la colonie (ANS, AOF, 2G26-2).

Parmi les conclusions tirées grâce à une classification des malades en résidents ou étrangers figure aussi celle qui stipule que les villes sénégalaises s'apparentent à des agglomérations urbaines européennes, car caractérisées par une progression lente de la tuberculose, alors que la brousse développe une tuberculose généralisée à marche rapide. Il y a donc une distinction qui est établie entre une «tuberculose rurale» et une «tuberculose urbaine».

Contrairement à ce qui se passe au Sénégal, les tuberculeux, au Cameroun ont très tôt été catalogués en fonction des moyens thérapeutiques disponibles. Ils étaient séparés des autres malades contagieux et isolés dans des «salles spéciales». Suivant l'évolution de la maladie, l'on distinguait entre les cas de tuberculose médicale, toujours nombreux (366 cas sur les 397 observés dans le territoire en 1939) et les cas de tuberculose

chirurgicale (IMTSSA, 289, 1930-1959). Il convient cependant de noter que cette distinction se justifiait plus par les moyens thérapeutiques connus en Europe à cette époque, que par les moyens d'action dont disposait le pouvoir colonial. Les cas de tuberculose chirurgicale, par exemple, étaient condamnés, le territoire ne disposant pas d'équipements requis pour entreprendre des opérations de cette nature.

Ainsi, en l'absence de traitements actifs dans les décennies 1920 et 1930, les autorités métropolitaines recommandèrent, qu'en matière d'hébergement, une distinction fût faite entre «les tuberculeux ouverts» et «les autres» (ANOM, Carton n° 3033, 1920-1932). Les premiers, très contagieux et redoutables cracheurs de bacilles, pouvaient continuer à être isolés dans les hôpitaux où ils étaient surveillés de près, tandis que les seconds, étant encore au début de la maladie, étaient envoyés dans des établissements de cure (tenant lieu de sanatoria) où l'on pouvait enregistrer des cas de guérison naturelle. Cette dernière formule (établissements de cure) ne réussit cependant pas au Cameroun. En 1937, par exemple, une très modeste tentative fut faite à Kribi (Sud-Cameroun) et s'acheva par un échec complet car, les pensionnaires, supportant mal la séparation d'avec leur famille et leur village, s'évadèrent les uns après les autres (IMTSSA, 289, 1930-1959). Le pouvoir colonial se résolut alors à isoler tous les tuberculeux dans les établissements de médecine générale où la surveillance était plus facile, tout en tenant compte de la catégorisation suggérée par la métropole.

Cette volonté de catégoriser les malades montre également comment on est passé d'une période où les considérations sur la tuberculose et les tuberculeux reposaient sur des spéculations ou des suppositions, à celle où les connaissances découlant d'enregistrements au niveau des structures permettent de distinguer les groupes touchés, de vérifier si les postulats jusque là avancés étaient fondés. Il n'existait donc aucune connaissance scientifique solide sur les modes de dissémination du bacille de Koch ou les conditions d'aggravation de la tuberculose avant que les malades ne soient catalogués au niveau des services de santé. En réalité, la plupart des personnes ignoraient que les conditions de vie en ville étaient favorables à la diffusion de la maladie. Au Cameroun, la classification des malades s'est

faite en fonction des thérapies disponibles en Europe et était destinée à distinguer les malades qui pouvaient bénéficier de soins, de ceux qu'il fallait isoler au niveau des services de santé dans l'optique de réduire les risques de dissémination du bacille de Koch.

La catégorisation des malades permet ainsi aux administrateurs sanitaires de minimiser la responsabilité des Européens et des tirailleurs dans l'importation de la maladie puisqu'en 1926, d'après les renseignements recueillis auprès des malades reçus dans les hôpitaux et dispensaires de Dakar, dans 85 % des cas, la contamination s'était faite en dehors du contact, même indirect, avec l'élément européen. Fut également avancée la rareté d'une contamination par l'intermédiaire d'un ancien tirailleur, puisqu'en fait seuls 12 d'entre eux (88 malades) avaient apparemment habité la France (ARS, AOF, 2G26-2). Grâce à cette catégorisation, la tuberculose autochtone est aussi admise puisque les statistiques et le classement par groupe, emploi et parfois lieux d'origine révèlent que des indigènes n'ayant pas quitté le pays et n'ayant aucun contact avec les Européens contractaient l'infection bacillaire. Avec ce classement des malades, il était possible de prendre connaissance au niveau de chaque groupe des pathologies les plus morbides. Partant de ce constat, il était plus aisé d'articuler l'action sanitaire sur les pathologies prioritaires susceptibles de contrecarrer l'entreprise coloniale.

Cette classification des malades a également concerné, au Cameroun, les pathologies vénériennes, en l'occurrence la syphilis, dont l'existence est relevée pas les premiers médecins coloniaux. Dans sa fréquence, prévalence et distribution, la syphilis est apparue très vite dans les discours coloniaux comme un fléau « terrifiant » (Voir le chapitre 1). Mais avant les années 1950, les malades vénériens étaient traités dans les hôpitaux polyvalents de service public, ce qui naturellement pouvait influencer négativement le suivi, mieux le contrôle, des malades et rendre ainsi aléatoire leur évolution thérapeutique. Il est vrai que les Européens étaient mieux suivis : c'est ainsi qu'à Douala, aux anciens et récents malades syphilitiques était appliqué un traitement intensif mixte, avec injections intraveineuses de Novarsenobenzol Billon et mercure, ou Novarsenobenzol et iodure. Dans les années 1920, s'agissant du traitement des indigènes, quatre

catégories avaient été envisagées: militaires (tirailleurs et militaires, indigènes militarisés et prisonniers), employés des services publics (travailleurs, secrétaires, plantons, manœuvres, porteurs, plantons...), indigènes libres, femmes indigènes (Martin, 1921: 319). Et, dans la population civile d'indigènes, en 1917-18, sur 1728 malades hospitalisés dans les dispensaires de l'intérieur, on compte 76 porteurs de chancres, 199 blennorragiques, 354 syphilitiques, soit 629 vénériens (30,6% des malades). Parmi les militaires indigènes, notamment chez les tirailleurs du Nord, la proportion des maladies vénériennes est de 35 pour 100 hommes d'effectif (14,3% blennorragie, 17,8% chancres, 2,9% syphilis). Chez les militaires européens, dans le Nord Cameroun, on compte 60% de maladies vénériennes dont 42% de blennorragies, 12% de chancres mous et 6% de cas de syphilis contractés sur place (Martin, 1921, pp. 305-307). À l'évidence, cette catégorisation permet d'indiquer les principales formes cliniques des malades vénériens. C'est ainsi que chez les indigènes, note le Docteur Huot, la forte prégnance des lésions graves spécifiques au Cameroun peut s'expliquer par l'influence du paludisme et des conditions climatiques. Dans le Nord, le docteur Raugé indique que les lésions sont plus discrètes, moins destructrices tandis qu'au Sud, le docteur le Gouellec, signale «la localisation élective de la syphilis est le système osseux et cutané». Il est indiqué que, chez les militaires, les maladies vénériennes sont les principaux motifs des consultations et elles sont contractées, pendant les sorties des tirailleurs à l'extérieur de leurs camps, ou pendant leurs tournées. En revanche, chez les Européens, dans le Sud comme dans le Nord Cameroun, le chancre mou est extrêmement répandu et cause parfois des désordres et des délabrements sérieux (Martin, 1921, pp. 308-310).

Jusqu'au tournant des années 1950, si la catégorisation des tuberculeux au Sénégal ne reposait sur aucun critère médical ou scientifique solide, au Cameroun, les considérations médicales ont servi à distinguer aussi bien les tuberculeux que les vénériens. Cette classification, qui n'avait toutefois aucune incidence sur le traitement de la maladie, allait permettre une plus grande connaissance de ces deux pathologies dans les deux pays. On pouvait par ailleurs, grâce aux données recueillies, dessiner le profil des malades qui se présentaient au niveau des services

sanitaires. Cette classification des tuberculeux et des vénériens au Sénégal et au Cameroun suivait cependant les mutations thérapeutiques et les progrès considérables enregistrés au niveau des services de santé grâce à la chimiothérapie, au lendemain du second conflit mondial, ceci allant générer de nouvelles façons de cataloguer les malades.

1.b. Incidence de la chimiothérapie sur la catégorisation des malades

La grande mutation dans la construction de ces catégories de malades résulte de l'avènement de la chimiothérapie au cours des années 1950. Avec la mise à la disposition des services sanitaires d'un arsenal thérapeutique efficace, émergea une nouvelle façon de penser le problème de la tuberculose au Sénégal et des pathologies vénériennes dans ce pays et au Cameroun. On assista en effet à l'élaboration de nouvelles stratégies de lutte, essentiellement basées sur la prise en charge médicale des malades mais aussi sur la mise en place de services spécialisés. Aussi, le personnel de santé commença-t-il à percevoir les malades sous un autre angle.

Au Sénégal, les tuberculeux sont classés à partir des années 1950 en fonction soit de la « localisation » de la maladie, c'est-à-dire la partie de l'organisme qui est affectée par la pathologie, soit de leur statut de « suivis à titre externe » ou « hospitalisés » ; au Cameroun, les malades étaient répertoriés selon qu'ils étaient affaiblis par la maladie, c'est-à-dire nécessitant une hospitalisation, ou selon qu'ils présentaient une bonne forme physique et pouvaient être mis en traitement ambulatoire. L'arrivée de la chimiothérapie dès les années 1950 modela ainsi fortement la politique de prise en charge des tuberculeux au Cameroun sous administration française. Les malades ne sont plus perçus en fonction de leur place dans la société mais en fonction du type de prise en charge dépendant des traitements disponibles. On passe de la perception sociale de la tuberculose à celle médicale. Désormais, il ne s'agit plus de connaître les mécanismes de diffusion de la maladie ainsi que les moyens les plus appropriés pour freiner le mal mais de procéder au traitement des malades, de voir ceux qui pouvaient être soignés, de distinguer ceux qui devaient être suivis de façon ambulatoire de ceux qui

bénéficieraient une hospitalisation. Le regard se portait sur son incidence sur l'évolution de la maladie. Les tuberculeux sont ainsi classés en consultants et hospitalisés. La catégorisation suivant la localisation dans l'organisme de la maladie permettait ainsi de repérer les formes de tuberculose les plus répandues ou celles qui étaient en progression. Elle permit de constater le développement de la tuberculose pulmonaire sur les autres formes. Ainsi, une plus grande attention lui est accordée puisqu'elle est de surcroît la forme la plus contagieuse, susceptible de menacer la mise en valeur des colonies. Dès lors, s'imposait une campagne antituberculeuse à grande échelle. Par ailleurs, au Sénégal, avec la création du Centre de phtisiologie de Dakar, on distingue désormais les nouveaux malades des anciens. L'objectif était de montrer les effets d'une meilleure prise en charge des malades par le centre et l'incidence du regroupement des centres de diagnostic et de traitement – qui auparavant étaient à des endroits différents – sur l'assiduité des malades. D'après le médecin colonel Raoult, l'expérience avait montré qu'à condition d'éviter les longues attentes, les rendez-vous très précis, et les consultations diverses en des lieux très éloignés les uns des autres, le tuberculeux consent à se laisser soigner régulièrement. Il apparaît sans nul doute que la concentration des différentes activités de diagnostic et de traitement dans un seul service pouvait faciliter l'observance du traitement par le malade (ARS, AOF, 2H224-26). Ceci soulève la question de la responsabilité des autorités sanitaires autant que celle du malade, ainsi que le problème de l'organisation du système de santé; points aujourd'hui centraux dans le suivi du traitement du patient notamment coinfecté par la tuberculose et le VIH.

Par ailleurs, les malades qui bénéficient de l'hospitalisation sont distingués de ceux qui suivent un traitement ambulatoire. Les résultats obtenus dans l'évolution de ces différentes catégories permettaient ainsi tout au cours des années 1950 de louer les bienfaits de l'hospitalisation. Dans le rapport du Centre de phtisiologie de Dakar, il est noté que

Le pourcentage des améliorations est infiniment supérieur lorsqu'un repos intégral et une nourriture suffisante ont été les adjuvants de la thérapeutique dans les premiers mois.

On note également, dans l'optique de mieux saisir les résultats de la chimiothérapie, une catégorisation des malades en fonction du traitement auquel ils sont soumis (chimio et antibiothérapie spécifiques anti bacillaires ou collapsothérapie gazeuse) (ARS, AOF, 2G56-46).

Tributaire également des innovations thérapeutiques, la prise en charge des malades vénériens par catégories au Cameroun, s'est faite plus précise avec l'avènement des services spécialisés. La prise en charge par les structures spécialisées ne sera effective qu'avec l'ouverture du centre antivénérien de Douala en novembre 1953, ce qui permet, outre des séances de consultations et des traitements, d'autres actes thérapeutiques, des examens sérologiques et bactériologiques (IMTSSA, carton 112, 1955-1958). Faute de données disponibles sur le fonctionnement des structures antivénériennes de Douala et de Yaoundé dans les années 1950, il est toutefois impossible d'apprécier les résultats du projet thérapeutique mis en œuvre ainsi que les profils des malades vénériens.

Cependant, les aspects nosologiques contenus dans les différents rapports administratifs et techniques du territoire jusqu'en 1956, révèlent que consultants et hospitalisés apparaissent comme les deux groupes les plus importants, prouvant ainsi la place qu'occupe le « médical » dans la prise en charge des malades, ainsi que la permanence du cloisonnement entre Africains et Européens. Les malades vénériens hospitalisés dans les formations sanitaires étaient passés en l'espace de cinq années, notamment de 1953 à 1958, de 1192 à 1587 pour les syphilitiques et de 1995 à 3386 pour les autres maladies vénériennes (ONU, 1953, 1954, 1955; IMTSSA, carton 112, 1955-1958).

La catégorisation des tuberculeux au Sénégal et au Cameroun et celle des vénériens au Cameroun, d'abord basée sur la classification des malades au sein de la société fut, au tournant des années 1950, sous l'influence de la chimiothérapie, établie en fonction des solutions thérapeutiques applicables à chaque malade. Instituée pour mieux connaître le profil des malades et la part de chaque groupe dans la diffusion des germes, elle permet, d'une part, une meilleure connaissance de l'incidence de ces maladies auprès de chaque groupe dans les colonies, et, d'autre part, de distinguer les populations les plus touchées

et, ce faisant, connaître l'orientation à accorder à l'action anti-tuberculeuse. Cette classification des malades a également entraîné une meilleure connaissance des principaux diffuseurs des maladies vénériennes et de la tuberculose et de repérer, par là, la frange de la population qui pouvait constituer un risque pour la société.

2. Les vecteurs de maladies

La tuberculose a d'abord été considérée, en Afrique, comme un « cadeau du blanc au noir » (Ricou, 1944). Celui-ci fut ainsi indexé comme le principal diffuseur de la maladie aussi bien au Cameroun qu'au Sénégal. Toutefois, cette idée ne prévalut pas longtemps. Au lendemain du premier conflit mondial, comme nous l'avons vu, une meilleure connaissance de l'épidémiologie de la tuberculose aidant, les tirailleurs puis les populations civiles indigènes et plus précisément la population flottante des villes vont être indexés comme les principaux diffuseurs du bacille de Koch. Le discours sur la diffusion de la tuberculose laisse ainsi apparaître une importation du bacille tuberculeux de l'extérieur vers les colonies mais aussi à partir des villes vers l'hinterland. Cette trajectoire n'est pas sans rappeler celle des pathologies vénériennes, notamment la syphilis au Cameroun colonial.

2.a. *De l'extérieur aux colonies*

En l'absence de statistiques, il fut d'abord considéré que la tuberculose est introduite et diffusée au Sénégal par les Européens. Blanchard, en 1935, distinguait, parmi les sources d'importation de la tuberculose, l'apport européen par le biais des employés de commerce et exceptionnellement des fonctionnaires qui, dans leurs magasins ou leurs bureaux, sont en contact permanent avec l'indigène et peuvent devenir par cela même une source de contagion. La même idée prévalut au Cameroun où la tuberculose est apparue au début du mandat de la France comme une maladie d'importation car, à l'époque, elle était inconnue au territoire. Les premiers cas ayant été dépistés en 1922 chez les Européens établis à Douala, principale porte d'entrée au Cameroun, l'administration française envisagea de prendre des mesures conséquentes visant à protéger le pays de la contami-

nation (RASDN, 1922, p. 39). Dès lors, toute personne partant du vieux continent pour le Cameroun (Européen ou indigène rentrant dans son pays après un long séjour en Europe) était soumise, avant embarquement, au dépistage de la tuberculose. Pour les sujets de race blanche déjà établis dans le territoire, tout cas de tuberculose ouverte diagnostiqué parmi eux était immédiatement rapatrié vers son pays d'origine (RASDN, 1923, p. 58). Il apparaît donc que, dans la logique des Français, du moins au début, les Européens étaient les premiers vecteurs de la tuberculose et le Cameroun ne pouvait en être protégé qu'en évitant l'entrée ou le séjour des sujets reconnus tuberculeux.

Cette perception est confirmée par les chefs de services de santé qui officiaient dans les colonies. Dans le rapport de santé de l'AOF de 1924 (ARS, AOF, 2G24-35), il est soutenu que la tuberculose tend à se développer dans les grands centres, frappant davantage le milieu domestique et les fonctionnaires plus immédiatement placés au contact de l'Européen. Il est également question de la contamination du personnel noir employé dans les grandes administrations ou vivant dans les maisons européennes, alors que le rapport ciblait l'apport extérieur de la tuberculose, attribué en partie aux expatriés européens. L'évolution rapide de la tuberculose chez les tirailleurs, leur fragilité vis-à-vis de l'infection bacillaire ont par ailleurs fait penser que les Africains ne disposaient d'aucune immunité : la tuberculose fut donc considérée comme une pathologie étrangère au continent africain. Cependant, même s'il faut admettre que la tuberculose fut introduite au Cameroun par les Européens, il est difficile d'établir que ses premières traces remontent à l'occupation française comme semblent le démontrer les rapports des premiers administrateurs coloniaux. En effet, les Français furent précédés par les Allemands (1884-1914) et la tuberculose fut souvent signalée dans les plantations. Avec la création des routes qui venaient faciliter la mobilité des populations, il va de soi que la maladie avait toutes les possibilités de se propager dans le territoire. Ainsi, les déclarations de l'administration française reconnaissant les populations indigènes indemnes de tuberculose procédaient sans doute d'une méconnaissance des réalités sanitaires du territoire. La rapide progression des chiffres – 16 tuberculeux en 1924 (RASDN, 1924, p. 43), 430

en 1936 (RASDN, 1936, p. 135), sans dépistage systématique et avec les moyens d'investigation limités – semble démontrer que la tuberculose était déjà bien établie au Cameroun et que les principaux vecteurs de la maladie devaient plutôt être recherchés au sein de la population autochtone. Les instructions du ministère des Colonies en 1924, après constatation de la progression de la tuberculose dans les territoires occupés par la France, semblent aller dans ce sens: mise en surveillance des familles des malades, contrôle sanitaire et dépistage de la tuberculose dans les collectivités (écoles, casernes, chantiers de travailleurs, prisonniers, etc.) (ANOM, 1920-1932: Carton n° 3033).

En outre d'après les statistiques établies au niveau des services sanitaires, le personnel qui était directement en contact avec les Européens et les citadins qui évoluaient en milieu urbain où l'on retrouvait « le blanc » étaient plus prédisposés à l'infection bacillaire. Sont concernés, en réalité, les Africains les plus acquis à la médication occidentale c'est-à-dire les consultants (fonctionnaires, employés de commerce, assimilés, originaires) mentionnés dans les registres hospitaliers et considérés comme les victimes de l'infection bacillaire. Il était donc logique de penser que leurs rapports avec l'élément européen aient été à l'origine de leur contamination. Dans le rapport de santé de l'AOF de 1924, il est soutenu que la tuberculose tend à se développer dans les grands centres, frappant davantage le milieu domestique et les fonctionnaires plus immédiatement placés au contact de l'Européen. Il y est également question de la contamination du personnel noir vivant dans les maisons européennes (ARS, AOF: 2G24-35). De plus, l'inexistence, pour les autorités sanitaires, de la maladie en Afrique pourrait être liée au fait que la tuberculose, pathologie favorisée par la promiscuité et par une vie confinée ne correspondait pas aux conditions de vie en milieu africain caractérisées par de grandes concessions.

Partant de ces constats, il n'est pas surprenant que les Européens soient considérés comme étant à l'origine de cette maladie et le « Blanc » comme le principal vecteur et propagateur de la pathologie. C'est donc essentiellement sur la base de déductions tirées de constats que le Blanc est désigné comme étant à l'origine de l'introduction de la tuberculose en Afrique.

Cependant, ces derniers ne furent pas considérés comme les seuls importateurs de la tuberculose au Sénégal.

2.b. Les « indigènes »

Si les Européens sont perçus, jusqu'au début du XX^e siècle, comme responsables de l'introduction de la tuberculose en Afrique, les tirailleurs et civils indigènes ayant séjourné en Europe sont également accusés d'être des vecteurs non négligeables du bacille tuberculeux.

À en croire les chiffres produits par l'administration française à la fin de la décennie 1930 et au début des années 1940, la responsabilité des Européens, et de toute personne provenant de l'extérieur, dans la diffusion de la tuberculose au Cameroun était insignifiante. En 1939 par exemple, sur les 397 cas observés, seulement 5 auraient contracté la tuberculose suite à des contacts avec les Européens (IMTSSA, 289, 1930-1959). En revanche, la contagion autochtone était estimée à près de 90% des cas recensés. Il apparaît donc que la diffusion de la tuberculose dans le territoire était beaucoup plus un problème interne qu'une question d'importation. Suivant la répartition par profession faite par les autorités coloniales, la plupart des collectivités devant faire l'objet de surveillance et de dépistage se révélèrent être très peu menacées par l'infection bacillaire. S'agissant de l'origine probable de l'infection, toujours en 1942, 42 cas procédaient de la contagion familiale, 9 des contacts en prison, tandis que 207 furent imputés à la précarité des conditions d'existence (IMTSSA, 289, 1930-1959). Avec l'introduction de la chimiothérapie dans le traitement de la tuberculose vers les années 1950, apparut une nouvelle catégorie de vecteurs de la maladie : les malades ayant développé des souches résistantes aux antituberculeux et devenus chroniques (La Presse du Cameroun, 1960, n° 55). Certes plusieurs raisons pouvaient expliquer l'apparition de la résistance, mais la majorité des cas provenaient des tuberculeux mis en traitement ambulatoire et qui n'avaient pas pris correctement leurs médicaments ; ce faisant, ils restaient contagieux. Après l'indépendance du Cameroun, la question de la prise en charge de ces malades chroniques suscita nombre de débats parmi les gestionnaires de la santé publique. Pendant que les uns prônaient qu'ils soient écartés de la circulation

et mis en traitement dans les formations sanitaires, l'objectif étant d'arrêter la propagation du mal, les autres, considérant l'implication financière d'un tel engagement et le petit nombre de lits destinés à l'hospitalisation des tuberculeux, estimaient qu'il fallait plutôt les laisser en liberté jusqu'à ce que la mort survienne (OCEAC, 1970, pp. 255-260). Les derniers l'emportèrent, la conjoncture économique de la période postindépendance ayant contraint les pouvoirs publics à jeter leur dévolu sur les nouveaux malades jugés récupérables.

Au Sénégal, concernant les civils, bien qu'ils soient indexés comme responsables de l'introduction de la tuberculose, l'absence de chiffres ne permet pas d'estimer à sa juste valeur la part de l'apport extérieur dans la diffusion de la tuberculose. Tel ne fut cependant pas le cas pour les tirailleurs. La diffusion dans la colonie de l'infection bacillaire est attribuée à ceux d'entre eux qui, infectés au cours de leur service, sont évacués dans leurs foyers d'origine. Leur intégration parmi les diffuseurs de la maladie date du lendemain du premier conflit mondial. Le nombre de plus en plus important de tirailleurs rapatriés pour cause de tuberculose durant cette période et, au cours des années suivantes, la progression constante des taux d'évacuation pour tuberculose des territoires d'opérations extérieures, font de cette tranche de la population une menace pour leurs régions d'origine. L'accroissement des taux de rapatriements pour tuberculose mentionné dans les statistiques sanitaires est de 11,70% en août 1925, 22,27% en avril 1926 et 22,72 en juin 1926. Cet accroissement des statistiques concernant les rapatriés pour tuberculose se justifie par une plus grande attention accordée au contrôle de la pathologie chez les tirailleurs et un meilleur dépistage, non seulement avant le départ mais aussi au front. Le changement de cadre de vie, les conditions de vie difficiles au front, le froid, la moindre résistance de leur organisme, furent mentionnés pour expliquer leur fragilité aux affections pulmonaires. Selon Kermorgant (1906),

L'individu transporté hors de son milieu a, par le fait de sa transportation, plus de chance de se tuberculiser que s'il était resté dans son pays d'origine [...] les noirs de la côte occidentale d'Afrique se tuberculisent facilement hors de leur pays.

En outre, les statistiques hospitalières indiquent des taux élevés de morbidité et de mortalité bacillaires parmi cette tranche de la population. La plupart des ressortissants des autres colonies de la Fédération (AOF) affectés de tuberculose transitaient par le Sénégal avant d'être orientés vers leur localité d'origine. Une telle disposition sanitaire faisait de la colonie du Sénégal un creuset de jonction des tirailleurs tuberculeux rapatriés.

On peut ainsi se rendre compte que les groupes ciblés comme facteurs de diffusion de la maladie changent au fur et à mesure que les connaissances sur la maladie se précisent. En fait, face à sa progression, s'afficha une volonté de mieux connaître l'épidémiologie de la tuberculose. Les statistiques hospitalières, au-delà de l'atteinte des tirailleurs, démontrent l'existence de la maladie chez les autochtones africains. On note d'ailleurs à la fin des années 1920, dans le discours des autorités sanitaires, une volonté de minimiser la part des Européens et des tirailleurs dans la dissémination de la tuberculose. Cette tendance qui a été esquissée en 1926 s'affirme en 1929. Dans le rapport de 1926 (ARS, AOF, 2G26-2), il est noté que 85 % des cas sont le fruit de contamination en dehors du contact, même indirect, avec l'élément européen ; le rapport mentionne aussi la rareté des cas où la contamination s'est faite par l'intermédiaire d'un ancien tirailleur. En 1927, les autorités sanitaires admettent de plus en plus que les blancs ne constituent pas une cause de contamination très importante puisqu'une bonne prise en charge médicale, impossible à appliquer dans les colonies, entraîne leur rapatriement rapide hormis pour ceux qui, à l'image des commerçants, s'opposent à cette mesure sanitaire et, ce faisant, représentent une source de contagion pour leur entourage (ARS, AOF, 2G27-39). En 1929, une opinion fréquemment exprimée attribue aux tirailleurs rapatriés d'Europe un rôle primordial dans la diffusion à Dakar de la tuberculose. Pourtant, une enquête effectuée quatre ans auparavant, en 1925 minimise le rôle des tirailleurs dans la diffusion de la pathologie ; il semble même que l'apport du bacille tuberculeux, par les tirailleurs contaminés en Europe, n'entre que pour une faible proportion dans la progression de l'infection bacillaire dans les villes du Sénégal, particulièrement à Dakar. Cependant, si la tuberculose était importée de l'extérieur, il faut

aussi noter que sa propagation se faisait également des villes ou des zones côtières aux territoires de l'intérieur.

3. Des villes à l'hinterland ou de l'hinterland aux villes ?

L'absence d'information sur les populations de l'intérieur a pu laisser croire aux autorités sanitaires que cette pathologie n'existait pas dans les localités de l'Afrique privées de la présence européenne et que la maladie est partie des centres côtiers pour gagner l'hinterland. Ricou, en 1944, estimait que la tuberculose est signalée à peu près partout dans la colonie, mais on la trouve surtout dans les centres à population flottante importante, dans les agglomérations importantes, le long des grandes voies de pénétration, aux carrefours des axes routiers. La propagation de la tuberculose des villes aux campagnes ou à l'hinterland est ainsi imputée aux tirailleurs et aux flottants. Les villes coloniales, lieux de brassage de populations d'origines diverses, offraient des conditions favorables de contagion alors que les populations flottantes et les tirailleurs offrent les possibilités de diffusion de la tuberculose dans l'hinterland.

3.a. *Les tirailleurs*

Avec le retour des tirailleurs dans leurs villages, se pose le problème de la diffusion de la maladie à l'intérieur des colonies. Leurs déplacements entre les territoires d'opérations extérieures et la Métropole, leur transit – par exemple à Dakar – avant leur rapatriement vers leurs territoires d'origine, non seulement, les exposaient davantage à la tuberculose, mais aussi et surtout à la diffusion de la pathologie. Kermorgant (1906) estime qu'il est fréquent de voir la phtisie pulmonaire se déclarer chez les tirailleurs soudanais et sénégalais que leur service appelle dans les colonies voisines. Les conditions difficiles de la vie de militaire, en plus du changement de cadre de vie, les prédisposaient à la tuberculose. Le rapport de santé de 1926 faisait ainsi état de la progression constante des pourcentages de tirailleurs rapatriés pour tuberculose.

Une fois leur affection reconnue, ils étaient rapatriés vers Dakar avant d'être ventilés dans leur colonie. La diffusion de

la tuberculose était ainsi facilitée par le retour des tirailleurs chez eux sans, la plupart du temps, un bon suivi sanitaire. En effet, une fois rapatriés pour tuberculose, certains tirailleurs sont aiguillés dans leurs localités d'origine alors que les autres sont internés à l'« ambulance » du Cap Manuel ou au dispensaire de Thiaroye, jusqu'à ce que leur état leur permette de rejoindre leur colonie. Cependant, la majorité d'entre eux étaient perdus de vue du fait de la mauvaise surveillance sanitaire en dehors des villes où l'administration coloniale intervenait directement. Dans le rapport de santé de 1926 il apparaît que, dès que les tirailleurs regagnent leurs foyers, il est difficile de savoir ce qu'ils deviennent de façon précise et qu'ils sont d'autant plus dangereux que, retournés chez eux, ils poursuivent rarement un traitement approprié à leur affection : par exemple les médecins constatent qu'ils ne revoient les tirailleurs pensionnés pour tuberculose qu'au moment seulement de l'examen médical nécessaire pour le renouvellement de leur pension (ARS, AOF, 2G26-2).

S'il est toutefois question de traitements dans les rapports de santé, les thérapies appliquées à la tuberculose ne sont décrites qu'au tournant des années 1930. Notons que la faible dotation en structures sanitaires des milieux ruraux constitue un obstacle notoire à la gestion de la pathologie. De plus, en matière de configuration sanitaire, on note un décalage en faveur des villes. Il n'y avait donc pas les moyens techniques nécessaires pour une meilleure prise en charge sanitaire des tuberculeux et pouvant permettre ainsi de freiner la diffusion de la maladie. J.P. Bado soutient d'ailleurs que les régions côtières étaient plus favorisées que celles de l'intérieur, à cause de la forte présence des Européens y habitant et que cette inégalité de répartition caractérisa également les services de santé pendant de nombreuses années (Bado, 2006 p. 48). Ceci justifie largement l'accroissement des risques encourus par les populations rurales indemnes qui entraient en contact avec les tuberculeux. Le discours tenu par les autorités dans les rapports de santé tente cependant de justifier ce manque de suivi des tuberculeux rapatriés, en insistant en revanche sur l'effet bienfaisant de ce retour chez eux, dans le milieu familial, hors de l'encombrement des villes, et qui a pour conséquence l'amélioration de l'état de certains malades et parfois même la guérison. L'exemple de la Guinée est brandi

250 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

pour signaler la guérison des tirailleurs rapatriés et pensionnés pour tuberculose. Les conditions de vie en milieu rural, caractérisé par de vastes concessions, associées à l'effet bienfaisant du soleil, sont aussi citées comme ayant un effet favorable sur l'évolution de la maladie. Ainsi, si des mesures strictes, telles que l'isolement à l'infirmerie de Thiaroye ou au Cap Manuel, permettaient une réduction des risques de dissémination de la maladie en milieu urbain, il en allait autrement dans les villages très peu dotés en structures de santé où la pathologie se propageait sans rencontrer aucune action énergique. Au Cameroun et en rapport avec les pathologies vénériennes, notamment la syphilis et la blennorragie, les militaires sont également mis en cause comme responsables de la propagation des maladies. Ce qui fait dire à Gustave Martin que les populations de la région de Yaoundé appellent ces deux affections «maladies du soldat» (Martin, 192, p. 304).

Le tableau suivant nous donne une indication de la morbidité et de la mortalité parmi les troupes indigènes. Nous voyons que les pathologies vénériennes représentent un chiffre relativement considérable de 350 pour 1000 de l'ensemble des maladies exposées dans le tableau, soit plus du double du chiffre des affections intestinales et de celui du paludisme.

Toutefois, à côté des tirailleurs, la population flottante des villes constitua une autre source de propagation importante du bacille tuberculeux alors que les prostituées sont indexées comme étant d'autres vecteurs des pathologies vénériennes.

3.b. La «population flottante» et les prostituées

Au Sénégal, avec le développement des villes, les «indigènes», soumis à un régime particulier (travail forcé, prestations, statut politique particulier) contrairement aux ressortissants des quatre communes, sont considérés comme principaux responsables de la diffusion de la tuberculose. Au tournant des années 1930, la population «flottante» est de plus en plus ciblée dans la dissémination de l'infection bacillaire. En 1929, l'idée était admise que les caravansérails représentent le lieu de contamination de cette population si importante de Dakar (20 000 flottants indigènes sur 30 000 fixes). Provenant de la «brousse», ils se contaminent

Tableau 1: Morbidité et mortalité dans les troupes indigènes au Cameroun de 1916 à 1918

Tirailleurs Nord Cameroun Maladies	Total des malades Effectif: 410	Proportion %
Blennorrhagie et complications	59	143
Chancres mous et complications	73	178
Syphilis	12	29
Affections intestinales	66	160
Paludisme	54	131
Plaies et contusions	53	129
Rhumatisme	41	100
Affections respiratoires	26	63
Affections chirurgicales	19	46
Vers intestinaux (Toenia)	09	21
Ver de Guinée	09	21
Blessures	12	19
Courbature sans fièvre	13	21
Maladies de la peau	12	29
Névrites diverses	07	17
Dysenterie	05	12
Affections cardiaques	01	2,4
Ictère grave	02	4,8
Varicelle	01	2,4
Maladies yeux, nez, oreilles	04	9
Ulcère tropical	01	2,4

Source: Gustave Martin, *L'existence au Cameroun*, p. 170.

à Dakar en peu de mois à la faveur du surmenage physique et du dépaysement. Leur nombre de plus en plus important en rapport avec les grands chantiers impulsés par le plan Sarraut (travaux du port, assainissement, routes, etc.) représente une source d'inquiétude pour les autorités administratives désespérées, puisqu'ils maintiennent des attaches avec leur localité d'origine et font des va-et-vient entre la ville et l'hinterland. De plus, en milieu urbain, leur entassement, dans les cases sans air et sans lumière, constitue un autre facteur de diffusion du bacille de Koch. D'après Kermorgant, ce sont les conditions de vie créées par la présence des européens qui expliquent cette explosion de la tuberculose. Il estime que, dans les pays neufs qui n'ont pas été le théâtre d'une civilisation avancée, le fléau semble ne s'être manifesté que secondairement, après les débuts de la colonisation, et qu'il a trouvé dans l'apport de l'élément européen avec toutes ses tares, des causes singulièrement puissantes de diffusion parmi les populations autochtones. Maladie urbaine et de misère physiologique, la tuberculose peut, à bon droit, être considérée, aux colonies, comme l'aboutissant presque fatal de ces causes de détérioration profonde, d'usure organique, de déchéance rapide auxquelles sont vouées les « races » dites « inférieures », au contact des Européens (Kermorgant, 1906, p. 3).

En réalité, avec l'urbanisation progressive, la tuberculose trouva des conditions favorables à sa diffusion. Les travaux publics coloniaux, avec le besoin de main-d'œuvre qu'ils engendraient, trouvèrent un écho favorable chez les populations rurales et celles des autres territoires qui rejoignirent les centres urbains à un moment où le revenu paysan est dépassé par les salaires des ouvriers dakarois (Lakroum, 1982). On assiste ainsi à l'affluence d'une main-d'œuvre à partir de l'hinterland. En fait, grâce aux possibilités de commercialisations offertes par l'installation de maisons de commerce chargées d'acheter la production, le paysan vit en la culture de l'arachide un moyen d'augmenter son pouvoir d'achat et de payer l'impôt. Il n'hésita pas alors à lui consacrer davantage de terres. L'une des conséquences de la pratique de la production de l'arachide a ainsi été l'intégration du paysan à l'économie monétaire. Désireux de maintenir le niveau de ses revenus, il n'hésite pas à augmenter les superficies consacrées à

l'arachide au détriment du mil et des autres cultures vivrières. Ceci a contribué à déstabiliser son équilibre vivrier puisque l'argent tiré de la traite était circonscrit à une période bien déterminée; cela le rendit aussi dépendant de la commercialisation de cet oléagineux. De plus, avec l'expansion européenne et la dotation des colonies en infrastructures routières et ferroviaires, les rayons des déplacements des populations s'allongent. Aussi assiste-on à une plus grande mobilité, surtout vers les foyers de développement et plus particulièrement vers les villes. Ces mouvements auraient de ce fait ouvert la route à une plus grande diffusion de la pathologie en milieu rural.

En milieu urbain, l'exposition permanente des populations à la contagion suite aux déplacements multiples des personnes en phase contagieuse et les brassages multiples de populations entraînent un apport presque permanent de porteurs. Il faut également comprendre que les conditions de vie et d'habitat de ces populations indigènes créaient des contextes favorables à la diffusion de la maladie. La promiscuité dans laquelle vivaient la plupart d'entre elles fit des villes des lieux de haute contagiosité et de diffusion du bacille de Koch. Une fois contractée, la maladie est aggravée par les conditions nutritionnelles souvent déficientes dans lesquelles évoluaient ces «flottants» qui, sans qualification aucune, n'obtenaient généralement que des emplois précaires. La faiblesse des revenus et des salaires, comparés aux prix des denrées, ne permettait pas à un travailleur migrant de vivre et encore moins d'entretenir une famille. Il dépendait pour cela de son groupe d'origine ou des structures sociales qui l'accueillaient (Lakroum, 1982, p. 114). En fait, la misère dans laquelle vivaient la plupart d'entre eux les prédisposait à contracter la maladie. Par ailleurs, les mouvements pendulaires entre la ville et les campagnes en faisaient de réels propagateurs de la maladie. Les liens entretenus avec la campagne mettent en contact les villes et les campagnes et vont ainsi permettre une forte diffusion de la maladie alors que l'isolement dans lequel était confiné le milieu rural et la faible fréquence de la maladie sont progressivement compromis par les déplacements plus fréquents de la population dus aux mutations enregistrées dans les conditions socio-économiques, du fait de la mise en valeur coloniale. L'absence de contrôle sur les flottants dont le

nombre exact échappait même aux administrateurs coloniaux permit ainsi une grande diffusion de la maladie. Cependant, au Cameroun, a prévalu l'idée de l'importation de l'infection bacillaire des zones rurales aux villes. Parmi 267 tuberculeux dépistés en 1942, ne figuraient que 3 écoliers, 4 soldats, 16 prisonniers, 19 manœuvres: la grande majorité fut plutôt dépistée parmi les cultivateurs, soit 178 cas sur les 267 (OCEAC, 1970, pp. 255-260). Dès lors, la tuberculose apparaissait comme un problème rural. L'administration française semblait même expliquer la progression de la tuberculose urbaine par l'attraction des populations agricoles (rurales) vers les villes et leur entassement dans des agglomérations mal adaptées à les recevoir.

On ne saurait finir cette typologie des vecteurs des pathologies sans évoquer une catégorie sociale particulière à l'époque coloniale s'agissant de la diffusion des maladies vénériennes au Cameroun, à savoir les prostituées. À la base de la production des textes réglementant la « profession », perçue comme terreau « originel » de propagation des pathologies vénériennes, les prostituées regroupées en « professionnelles » et « clandestines » ont été particulièrement stigmatisées. Ces dernières jouent selon Gustave Martin « un des rôles des plus actifs dans la dissémination des gonocoques et de tréponèmes » (Martin, 1921, p. 304). On a longtemps retrouvé avec le VIH la même désignation de la prostitution comme vecteur majeur de diffusion du virus.

Ainsi, si la mobilité des personnes est considérée comme l'une des pièces justificatives de la diffusion de la tuberculose au Sénégal et au Cameroun, la prostitution semble, quant à elle, expliquer la propagation des maladies vénériennes au Cameroun.

4. Conclusion

Une fois reconnue l'incidence des pathologies vénériennes au Cameroun et de la tuberculose au Sénégal et au Cameroun, les autorités sanitaires ont d'abord cherché à procéder à une classification des malades, d'abord, en fonction de leur position sociale, leur « race » aussi. Cependant, avec les innovations thérapeutiques, c'est sur la base des formes de la maladie et du régime sous lequel chaque patient était suivi que les malades

furent classés. Cette catégorisation des malades permit de distinguer les principaux vecteurs de maladie. Mais, si au Cameroun, les populations autochtones à savoir les militaires et les prostituées ont été indexées comme les principaux diffuseurs des pathologies vénériennes, dans les deux pays, dans l'histoire de la tuberculose, a d'abord prévalu, la théorie du blanc diffuseur de la maladie. Cependant, grâce aux enquêtes menées par Calmette en Afrique et suite aux enregistrements au niveau des services de santé, il ressort que les populations locales sont aussi impliquées dans la dissémination du bacille tuberculeux. On passa ainsi d'une période, où les considérations sur la maladie étaient essentiellement fondées sur des constats, à une autre où les avancées dans les techniques de dépistages et le suivi des malades permirent une meilleure connaissance de l'évolution de la pathologie et l'esquisse du profil des propagateurs de ces pathologies. Ces processus et critères de catégorisation n'ont pas disparu avec le temps et, de nos jours, sida comme tuberculose génèrent des formes de stigmatisation associées à des entreprises de catégorisation du malade.

●

Chapitre 10

Stigmatisation et banalisation de la maladie :

*Nouvelles approches de la prise en charge
de la coinfection TB-VIH dans des structures sanitaires
au Cameroun et au Sénégal*



Josiane MBALLA, Fatoumata HANE, Maymouna BA

1. Introduction

Sida et tuberculose sont deux maladies pour lesquelles les personnes infectées ou affectées sont encore potentiellement de nos jours frappées d'ostracisme à différents niveaux de la vie sociale, en dépit de tous les efforts qui ont été menés jusqu'ici pour lutter contre ce phénomène. C'est donc à juste titre que Jonathan Mann (1996), directeur du Programme mondial de lutte contre le sida à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les années 1990, notait qu'il y a en réalité trois phases de l'épidémie : l'épidémie de transmission du VIH, l'épidémie du sida et, finalement, l'épidémie de stigmatisation, de discrimination et de dénégation. La stigmatisation est la conséquence du discrédit qu'affligent certains individus qui se considèrent comme « normaux » à d'autres qu'ils jugent « non normaux », du fait qu'ils portent en eux une marque, une caractéristique avilissante à posséder dans un contexte social donné (Goffman, 2007). Elle peut conduire à la discrimination qui, elle, renvoie à des formes de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires à l'égard d'une personne, généralement mais pas exclusivement, en fonction d'une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue comme appartenant à un groupe particulier (ONUSIDA, 2005). Les deux termes très généraux de « stigmatisation » et « discrimination » recouvrent une variété de pratiques et d'attitudes, fondées sur

des représentations et des discours, qui vont d'un geste inconscient à une décision argumentée, d'une négligence passive à un rejet emprunt de violence, ceci concernant la micro-scène des relations interindividuelles comme le niveau macro-social des rapports entre groupes sociaux et populations (Desclaux, 2003). Il est donc question dans ce chapitre d'aborder la problématique de la stigmatisation dans un contexte particulier – celui de la coinfection TB-VIH – et donc de l'appréhender dans la dimension anthropologique des représentations et des pratiques comparées autour de sa prise en charge.

2. Approche différenciée de la stigmatisation et de la discrimination au regard des circuits des patients tuberculeux et infectés par le VIH

Lorsque l'on parcourt la littérature consacrée à la stigmatisation et à la discrimination liée au VIH ou à la tuberculose, on remarque qu'un accent est mis sur le respect de la confidentialité autour du statut sérologique positif d'un patient pour ce qui est du VIH, et sur la mise en garde contre un traitement différencié des tuberculeux (Dodor et Kelly, 2010; Somma *et al.*, 2008; Mak *et al.*, 2006). C'est donc à juste titre qu'on peut lire dans un texte de Ken Morrison au sujet de la stigmatisation liée au VIH: «un test suivi d'une violation de la confidentialité est un exemple commun d'une stigmatisation mise en actes» (2007, p. 6). Ce qui se conçoit dans un contexte où le seul fait d'être identifié comme séropositif pour le VIH prédispose à la stigmatisation. En effet, la vie quotidienne d'un séropositif est souvent marquée par les sentiments de honte et de culpabilité induits par son entourage et des conduites d'anticipation du rejet de certaines sphères sociales, si la séropositivité est connue ou suspectée. La personne séropositive a le sentiment d'avoir commis une faute dont le statut sérologique est la sanction (Ouattara *et al.*, 2004). Par ailleurs, le secret autour de la séropositivité au VIH peut également se justifier par la crainte d'une mort sociale qui est pour certains patients supérieure à la maladie elle-même (Egrot, 2007). Ceci est également valable pour la tuberculose, ce qui peut entraîner un retard considérable dans le recours aux soins chez des personnes infectées (Courtwright,

Turner, 2010; Storla *et al.*, 2008; Sirinapha *et al.*, 2009). Par ailleurs, des études plus ou moins récentes réalisées dans divers contextes ont démontré que la peur du stigma liée au VIH a un impact sur le comportement des patients coinfectés (dépis-tés ou non). D'aucuns se précipitent à la recherche des soins pour éviter d'être « labellisés » séropositifs (Pungrassami *et al.*, 2010); tandis que d'autres n'aimeraient revêtir ni le statut de séropositif, ni celui de tuberculeux, la tuberculose étant pour eux indubitablement liée au VIH (Ngamvithayapong *et al.*, 2000). L'anonymat et la confidentialité dans la prise en charge de ces pathologies sont des principes que les patients qui souffrent de ces deux pathologies souhaiteraient bien préserver.

Au Cameroun, au regard de la disposition spatiale des locaux (services, bureaux de suivi, points de distribution de médicaments, salles d'hospitalisation) destinés à la prise en charge de ces deux pathologies dans différentes structures spécialisées, on constate d'emblée que ces principes sont difficilement ou pas du tout respectés. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre 7, les services de prise en charge de ces deux pathologies sont distincts. En fonction du dispositif de chaque structure, la prise en charge globale de chaque maladie peut s'effectuer dans l'un ou l'autre de ces deux services. Au cas où la structure sanitaire ne dispose pas de services spécialisés pour la prise en charge globale de ces pathologies, le patient est tout de même référé – après que le diagnostic de coinfection a été établi – vers différents sites spécifiques pour le suivi de chaque pathologie (bureau du counselling, pharmacie ou point de distribution de médicaments). Le circuit du patient est donc sinueux et surtout peu discret, ce qui ne permet pas de préserver la confidentialité du statut des patients. Dans les structures où ils existent, les services spécialisés peuvent ou non porter des plaques nominatives précisant l'activité qui y est menée. L'absence de plaque nominative de ces services au sein de certaines structures sanitaires se justifie selon le personnel soignant par le souci d'éviter de stigmatiser les patients qui les fréquentent. Or, étant donné que les files actives des différentes structures dans lesquelles la recherche a été menée s'accroissent au fil des ans, on peut observer tous les jours aux portes des différents lieux de prise en charge de ces deux pathologies (principalement ici :

bureaux du suivi et des points de distribution des médicaments), un attroupement de personnes qui attendent d'être reçues par le personnel spécialisé d'astreinte. Attroupement qui suscite indubitablement une curiosité chez les autres usagers (patients et accompagnants) d'une structure sanitaire, de même que pour le personnel soignant qui n'est pas directement impliqué dans la prise en charge de ces patients. C'est ce qui justifie en partie le refus de certains patients, soit d'effectuer un dépistage, soit d'aller s'approvisionner en médicaments après que le diagnostic a été établi. En somme, le fait de ne pas « indiquer » clairement les locaux où se déroule la prise en charge de ces pathologies ne garantit pas leur anonymat.

L'accès à ces sites stigmatisés et stigmatisant comme l'attestent les personnels de santé qui y travaillent – se référant aux déclarations et attitudes qu'adoptent les patients qu'ils reçoivent, et surtout comme le témoignent certains patients rencontrés en ces lieux –, constitue la première violence faite aux patients atteints ou suspects d'être infectés par l'une de ces deux pathologies. Ils sont ainsi contraints de surmonter le poids de la stigmatisation pour avoir accès à l'équipe soignante au cours des différentes étapes (dépistage, examens biologiques, suivi thérapeutique, approvisionnement en médicaments, etc.) qui jalonnent la prise en charge globale de ces deux pathologies. Ce qui provoque chez eux l'élaboration de stratégies de dissimulation, comme on le verra dans la section suivante. Il n'est donc pas rare de voir les patients se déguiser (ex: port de casquettes, de foulards ou encore de lunettes fumées) pour éviter d'être reconnus par leurs proches, ou alors se substituer à d'autres personnes. Il arrive aussi que les patients s'enregistrent sous des noms d'emprunt. Constat fait dans toutes les structures sanitaires. C'est le cas d'une patiente à Bamenda qui s'est enregistrée sous le nom de sa mère: cela fut découvert au décours d'une hospitalisation suite à son comportement inobservant. Les patients procèdent ainsi à un transfert de l'objet de stigmatisation (Bilé, 2010).

Toutefois, les considérations des patients au sujet de la fréquentation de ces services sont différentes. Autant certains témoignent d'expériences stigmatisantes vécues au contact des professionnels de santé qui les reçoivent, autant d'autres n'en témoignent d'aucunes. Bon nombre de patients qui se font déli-

vrer leurs médicaments à domicile par le personnel soignant, font état d'expériences malheureuses. On peut évoquer ici les plaintes de patients dont le statut sérologique a été révélé au voisinage par un soignant qui habite le même quartier qu'eux. Ou encore le refus catégorique d'une patiente coinfectée de continuer son traitement sous prétexte que son statut sérologique a été dévoilé à sa cousine qui était à son chevet pendant qu'elle était inconsciente. En effet, la patiente étant dans un état comateux à son arrivée à l'hôpital, le personnel soignant a dû requérir le consentement de sa cousine qui lui servait d'accompagnante. Cette dernière a informé par inadvertance les autres membres de la famille. Pour faire diversion, la patiente a décidé de ne plus fréquenter la structure de santé pour éviter de confirmer l'information divulguée par sa cousine. Après cinq mois de traitement chez un tradi-thérapeute, la patiente a de nouveau été ramenée, cette fois par sa mère, dans un état grabataire. Elle est décédée, après six jours d'hospitalisation, de tuberculose et de toxoplasmose. À partir de ces deux exemples, on constate donc que certains patients anticipent sur une stigmatisation probable, et d'autres réagissent par rapport à un vécu. La peur de fréquenter ces services n'est donc pas forcément liée à une stigmatisation vécue mais surtout à une stigmatisation redoutée. Par ailleurs, parmi les patients qui se sont « accommodés » de la situation, il y en a qui sont blasés. Aucune alternative réelle, exceptée celle de solliciter en privé les services d'un soignant pour se procurer leurs médicaments, ne leur est offerte.

Au Sénégal, le dispositif de prise en charge de la coinfection TB-VIH au sein des structures sanitaires diffère non seulement de celui du Cameroun, mais également d'une structure à une autre. En effet, en dehors du Service de maladies infectieuses (SMI) de Fann où la prise en charge croisée est effective (le service constitue la référence en matière de prise en charge du VIH et bénéficie d'un « bureau PNT »), la prise en charge conjointe TB-VIH s'effectue dans des services distincts, bien que quelques fois non distants. Au niveau central, dans les hôpitaux, les patients coinfectés sont souvent pris en charge au SMI, tandis que le service de pneumologie s'occupe essentiellement de la tuberculose et d'autres maladies respiratoires. Dans le cas où ces services n'existent pas, les patients sont hospitalisés en

médecine interne où les accompagnants leur apportent le traitement antituberculeux reçu au centre de santé. Dans tous les cas, des mesures d'isolement sont prises, elles consistent en une mise à disposition d'une salle réservée aux « bacillifères ». Dans les centres de santé où le traitement VIH est décentralisé, les patients coinfectés empruntent deux circuits parallèles, avec une prise en charge spécifique pour chaque maladie.

Ainsi, pour ce qui est du circuit de prise en charge de la coinfection, les patients sont confrontés aux mêmes réalités qu'au Cameroun. À Fann par exemple, l'emplacement des services prédispose à la stigmatisation des patients qui les fréquentent. En effet, situés en périphérie de la structure, ces endroits affublés du nom de « baobab », terme empreint de manifestations d'interdits de toutes sortes, traduit les représentations populaires de ces services perçus le plus souvent comme des lieux où l'on traite uniquement des « maladies graves ». Un soignant déclare à cet effet en parlant du SMI :

Le service est indexé, les gens croient que quiconque est hospitalisé ici est atteint de sida; il y a des malades qui préfèrent mourir plutôt que d'être internés ici.

À cet effet, pour cacher qu'elles viennent à l'hôpital certaines femmes s'habillent avec soin, de manière très coquette et se parfument d'encens. Ce qui peut parfois leur porter préjudice quand les personnels de santé doivent identifier les indigents ayant besoin de dons ou d'appui, sachant que l'identification de l'indigence doit se faire selon certains critères objectifs en rapport avec le niveau socio-économique du patient : mais souvent, les agents de santé jugent les malades sur leur apparence. Dans un centre de santé de Dakar, les services délivrés aux PVVIH sont disparates. Les principales personnes impliquées dans ces soins (médecins, travailleurs sociaux, dispensateur d'ARV), se trouvent dans des locaux différents. Cette disposition met à nu le parcours du patient dans le centre et ne peut garantir l'anonymat des personnes prises en charge. Au service « Polyclinique », la consultation des PVVIH avec les patients « tout venant », dont la visée est, semble-t-il, d'éviter leur stigmatisation, produit l'effet inverse. L'absence de bureau d'accueil dans le service des consultations ne facilite pas le filtre des visiteurs. C'est le

médecin lui-même qui sort de temps en temps de son bureau, pour identifier dans la salle d'attente les patients qui arrivent progressivement en consultation. Il arrive fréquemment qu'un nouveau patient désirant s'inscrire sur la liste des patients qui seront reçus, un patient tuberculeux¹ désirant une lettre de référence pour le service PNT, ou encore un délégué médical en campagne de promotion d'un produit, s'introduisent dans le bureau du médecin en pleine consultation. L'ordonnance ARV peut être ainsi rédigée en leur présence. Il en résulte un manque de confidentialité pour les malades. On constate ainsi que l'organisation des services dans ce centre de santé, peu adaptée à la préservation de la confidentialité du patient, remet en cause ce principe tant prôné dans les politiques de prise en charge du VIH. Par ailleurs, certaines activités entrant dans la prise en charge ne trouvent pas de cadre approprié pour leur exécution. Le counselling se fait au service de laboratoire de façon groupée (rassemblant 7 à 8 patientes) dans une salle sans porte qui donne sur la salle de prélèvement ceci, sans compter les va-et-vient des personnels du laboratoire qui viennent retirer des produits dans le réfrigérateur. La dispensation est assurée par le gérant de la pharmacie qui est en même temps dépositaire en médicaments « Initiative de Bamako » (des génériques) du district. Il est quasiment impossible que ce dernier se trouve seul avec le patient jusqu'au bout de la séance : il y a toujours un agent provenant des postes ou du centre venu se ravitailler en médicaments. Les personnels reconnaissent leur part de responsabilité dans cette situation, ce que traduit ce discours de l'assistant social :

Nous-mêmes on est devenu stigmatisant. Quand je suis venue ici, on m'a demandé de gérer le sida et on m'appelait même « madame sida » ; Je ne suis pas impliquée dans la prise en charge des cas sociaux ; je ne gère que le sida. Quiconque se présente à mon bureau peut être indexé ; j'ai beaucoup lutté pour ça ; j'ai beaucoup travaillé pour ne pas éveiller les soupçons à ce niveau ; tu me vois des fois faire le tour du centre, passer derrière le labo en évitant le couloir principal quand j'accompagne un patient chez

¹ Pour éviter la contagion, les patients tuberculeux sont prioritairement reçus au service de consultation.

le médecin. Parfois, je demande à X [chef du service labo] de me prêter son bureau pour y recevoir le patient. Tout ça pour ne pas éveiller les soupçons du personnel.

Ces attitudes adoptées pour éviter la stigmatisation (contournement des voies trop fréquentées, discussion à porte close avec le patient, laissez-passer pour les PVVIH à l'entrée principale au Sénégal, dissimulation des dossiers des PVVIH au Cameroun parfois obligées d'aller d'un bout de la structure dossier à la main, entre le lieu où sont stockés les dossiers des patients PVVIH et les bureaux de consultation des médecins) et qui ne concernent pas nécessairement les malades « ordinaires », renforcent au contraire cette stigmatisation. Ainsi, le fait qu'un personnel s'enferme avec un malade suscite d'emblée des suspicions, particulièrement dans des contextes où il peut arriver que l'on reçoive les malades dans un bureau ouvert (exemple des bureaux PNT au Sénégal).

« Dr X s'est enfermé dans son bureau avec un malade, il doit être en train de faire une annonce » « Y s'est enfermé dans son bureau; sûrement, il est en train de discuter avec une nouvelle inclusion », avons-nous souvent entendu de la bouche de certains personnels au Sénégal. Ce qui fait dire à certains personnels qu'ils peuvent, sans le savoir, contribuer à la stigmatisation du malade dont ils vont révéler le statut sérologique par inadvertance.

En ce qui concerne spécifiquement les malades hospitalisés, dans sept des huit structures où la recherche a été menée au Cameroun, les salles d'hospitalisation des patients tuberculeux sont à l'écart des autres bâtiments de l'hôpital. Il arrive que ce soit le service où s'effectue la prise en charge globale (du dépistage à la mise sous traitement) qui soit éloigné des autres bâtiments, comme c'est le cas dans trois d'entre elles. Dans la huitième structure, qui fait exception, il existait également un pavillon pour les tuberculeux. Mais sa capacité d'accueil s'étant réduite au regard du taux de fréquentation de la structure pour cette pathologie, les responsables ont décidé de faire hospitaliser les patients tuberculeux, contagieux ou pas, dans les mêmes bâtiments et très souvent dans les mêmes salles que tous les autres patients (y compris les patients infectés par le VIH) du service de médecine. Toutefois, une cloison peut être mise

entre les patients tuberculeux et les patients souffrant d'autres pathologies; de même, il arrive qu'on regroupe les tuberculeux contagieux dans une même salle pour gérer le risque de contagion. Cependant, il est important de préciser ici que les soignants de cette structure se plaignent de cette situation qu'ils considèrent comme alarmante du fait que les patients non tuberculeux et le personnel qui les côtoient au quotidien sont indubitablement exposés à la contagion. Pour ce qui est du VIH, il n'existe pas de salles d'hospitalisations spécifiques pour les patients séropositifs. La quasi-totalité des patients grabataires sont hospitalisés dans le service de médecine. Cette hospitalisation non sélective ne garantit cependant pas la confidentialité concernant le statut sérologique de ces patients. En effet, nous avons remarqué qu'au cours des rondes dans les salles d'hospitalisation communes, le statut sérologique du patient peut être dévoilé inopinément par l'équipe soignante lorsqu'elle s'enquiert de l'évolution de l'état clinique du patient. Les soignants utilisent certes un langage codé: «c'est un patient ID [immuno déprimé]» pour désigner l'infection à VIH, mais lorsqu'il faut s'adresser aux patients ou aux accompagnants à qui ils donnent des directives pour la prise en charge du patient, le voile de la confidentialité tombe: «Tu prends bien tes ARV? Et le cotrimoxazole?» Ceci est encore plus flagrant chez les patients inobservants: «Tu t'amuses avec ta vie hein! Tu n'as pas pitié de toi-même; tu dois savoir que c'est un traitement à vie hein!». Par ailleurs, pour les patients grabataires, les pré- et post-test counselling peuvent s'effectuer en salle d'hospitalisation. Toutefois, les professionnels de santé sont unanimes sur le fait qu'il est «inadmissible» de créer un pavillon d'hospitalisation de PVVIH au sein d'une structure sanitaire.

Au Sénégal, la situation s'apparente à celle du Cameroun pour ce qui est de l'hospitalisation des tuberculeux, mais différente en ce qui concerne celle des patients VIH+. Dans les services de pneumologie des hôpitaux, il y a souvent une salle réservée à l'hospitalisation des patients tuberculeux contagieux jusqu'à la négativation des crachats. Ils sont ensuite transférés dans d'autres salles. En cas d'infection à VIH simple, les patients sont hospitalisés au SMI. Tout le personnel (médecins, IDE, aide infirmière, agent sanitaire et manœuvre) a été formé au

respect de la confidentialité. Tous ont également été formés au PNT. Ainsi, comme les gardes sont communes le personnel d'astreinte pratique le TDO. Or, comme nous l'avons évoqué précédemment, ceci n'est pas un gage de confidentialité. Le counselling se fait dans les salles d'hospitalisation mais il arrive que des patients soient dépistés sans qu'au préalable le counselling ne soit fait. Ce qui pose des problèmes de déni lors de l'annonce ou d'inobservance.

Dans ces registres de stigmatisation, la tuberculose semble être moins connotée négativement que le VIH. Un médecin au Sénégal:

Je pense qu'en introduisant la prise en charge du VIH au niveau du service de pneumologie, le malade sera mieux protégé contre la stigmatisation. Les parents qui vont venir lui rendre visite vont penser qu'il s'agit seulement d'une tuberculose.

De même, au Cameroun, la tuberculose sert d'alibi à certains patients pour dissimuler leur séropositivité:

Les patients profitent du fait qu'ils ont la tuberculose pour cacher leur statut sérologique. Il y a des patients coinfectés qui préfèrent dire à leur famille qu'ils ont simplement la tuberculose et non le VIH.

Ce qui justifie le fait que plusieurs patients coinfectés arrêtent leur traitement antirétroviral après leur traitement antituberculeux, de peur qu'on ne découvre leur statut sérologique.

Dans la quasi-totalité des structures sanitaires étudiées dans les deux pays, les patients sont contraints de surmonter le spectre de la stigmatisation liée à la prise en charge indiscreète de ces deux pathologies. Comme nous allons maintenant le voir, s'agissant des patients coinfectés, la fréquentation alternée ou successive des deux services n'est pas des plus aisée.

3. Impact de la stigmatisation sur le comportement thérapeutique des patients coinfectés

Nous l'avons dit, le circuit du patient coinfecté varie d'une structure sanitaire à une autre. Il est plus ou moins discret en fonction de la configuration du dispositif de prise en charge

mis en place dans chaque structure sanitaire. Le comportement qu'adopte chaque patient est tributaire non seulement de son degré d'adhésion aux prescriptions et recommandations du personnel directement impliqué dans la prise en charge de ces deux pathologies, mais également de sa capacité à gérer sans complexe son statut de coinfected et, après que le diagnostic a été établi, à surmonter le spectre du stigma qui plane autour de la fréquentation des lieux de prise en charge du VIH et de la tuberculose. La fréquentation de l'un ou l'autre service peut se révéler plus ou moins aisée en fonction des choix que le patient opère pour gérer sa maladie, et de l'image ou du statut qu'il veut bien dévoiler à son entourage. En général, c'est la séropositivité au VIH que les patients essayent de dissimuler. Toutefois ceci peut avoir un impact sur le respect des directives liées à la prise en charge de la tuberculose ou du VIH et, par ricochet, sur la fréquentation de l'un ou l'autre service spécialisé.

Ainsi, dans les structures sanitaires camerounaises où le dépistage du VIH se fait essentiellement dans le service spécialisé pour la prise en charge de cette pathologie, certains patients qui ont préalablement été dépistés pour la tuberculose éprouvent des difficultés à s'y rendre. Certains préfèrent se rendre dans un laboratoire privé où ils payeront plus cher le test de dépistage. D'aucuns consentent ainsi à faire le dépistage du VIH si le prélèvement sanguin est effectué au service de prise en charge de la tuberculose où ils ont commencé la prise en charge de leur maladie ou dans un autre lieu (bureau de consultation des médecins, bureau des infirmiers, salle de repos des infirmiers, etc.), tout ceci plutôt que dans le service de prise en charge du VIH. Étant donné que les services de prise en charge de la tuberculose ne sont pas toujours fournis en tests de dépistage du VIH, les infirmiers qui compatissent à leur désarroi sont parfois obligés de faire le prélèvement de l'échantillon sanguin qu'ils acheminent au service de prise en charge du VIH où le test sera effectué. Ensuite, ils prennent la peine de récupérer le résultat qu'ils communiquent aux patients. Cette forme de dépistage permet d'effectuer, selon un infirmier qui l'applique, le dépistage précoce du VIH chez les patients tuberculeux bien que cela ne garantisse pas l'observance du patient pour la suite de la prise en charge. De même, certains patients dépistés préalablement VIH+, ayant

effectué leur test dans un laboratoire extérieur à la structure sanitaire, sont réticents non seulement à la fréquentation du service de prise en charge du VIH, mais également à celui de la tuberculose. Pour ce qui est du service de tuberculose, le patient n'a pas nécessairement peur d'être rejeté pour son statut de tuberculeux, mais craint surtout d'être « démasqué » comme patient séropositif, la tuberculose étant pour certains liée ou assimilée au VIH. En revanche, il y a des patients coinfectés qui sont plus enclins à fréquenter le service de tuberculose. Ce qui leur permet de mettre au premier plan leur statut de tuberculeux et de dissimuler celui du VIH. Attitude observée chez des patients des sept structures camerounaises étudiées où il existe des services distincts pour la prise en charge de chacune de ces deux pathologies.

Au final, la crainte de la stigmatisation entraîne des retards dans la prise en charge de l'une ou l'autre pathologie. Des études effectuées dans d'autres contextes l'attestent. En Afrique du sud par exemple, Moller et Erstad (2007) ont démontré que certains patients tuberculeux ne vont pas jusqu'au bout de leur traitement de peur d'être considérés comme des PVVIH.

Au Sénégal la situation est presque identique. La dispersion et la structuration des lieux de prise en charge rendent complexes les itinéraires thérapeutiques et renforcent les stigmatisations. En effet, chacune de ces maladies prises individuellement comporte un fort potentiel de stigmatisation qui s'accroît en cas de coinfection même si, dans certains cas, la tuberculose est plus ouvertement assumée que le VIH. Comme le disait un patient : « Il est plus facile de cacher le VIH que la tuberculose ». Certains préfèrent continuer leur suivi à l'hôpital plutôt que dans le centre de santé de leur localité. D'autres encore préfèrent venir prendre leur traitement ARV l'après-midi, à l'heure où la structure est vide, pour ne pas rencontrer une connaissance. Voici ce que dit une patiente :

J'ai une cousine qui a le VIH tout comme moi. Un jour je l'ai croisée tout à fait par hasard dans un centre de prise en charge. Je me cachais et elle aussi faisait mine de ne pas me voir. À un moment, il n'y avait plus beaucoup de gens dans la salle d'attente donc on s'est vu, ça m'a fait un choc quand j'ai su qu'elle venait prendre des ARV. Finalement je me suis dit que tout le monde

a cette maladie. Mais pour éviter la gêne que j'ai ressentie, je viens le plus tard possible au centre, la tuberculose au moins on sait qu'elle se guérit alors que le VIH non seulement on en guérit pas mais les gens pensent que tu es mauvaise.

Il en est de même pour l'approvisionnement en médicaments. La peur d'être stigmatisé peut retarder le traitement (Micollier, 2002). Ainsi, au Cameroun nous avons repéré des cas de patients coinfectés – préalablement traités pour la tuberculose – ayant refusé d'enchaîner immédiatement avec la thérapie antirétrovirale qui leur avait pourtant été prescrite. On peut évoquer ici le cas d'un jeune homme de trente ans, dépisté coinfecté et hospitalisé au service de médecine de l'hôpital de Bamenda, et ayant refusé de se soumettre au traitement antirétroviral par crainte d'être stigmatisé. Ce dernier a catégoriquement refusé de se rendre à l'hôpital de jour pour avoir accès au traitement de peur d'être reconnu comme PVVIH: «je ne pourrais jamais mettre mes pieds à l'hôpital de jour n'y pensez même pas. Je ne peux pas aller là-bas je préfère mourir. Je ne peux pas!», Clamait-il. Après avoir contesté sa séropositivité au VIH, il a finalement consenti après plusieurs séances de counselling auxquelles nous avons assisté, à suivre le traitement du VIH à condition qu'on le lui délivre au service de médecine. L'équipe soignante n'étant pas convaincue de son adhésion au traitement a refusé de lui accorder cette dérogation faite généralement aux patients grabataires, ce qui n'était pas son cas: ayant retrouvé des forces après deux semaines de traitement, il pouvait se rendre par lui-même à l'hôpital de jour. Ainsi, durant toute sa période d'hospitalisation, il a été traité exclusivement pour la tuberculose alors qu'il était éligible à la thérapie conjointe (ARV-Antituberculeux) comme l'ont déclaré les médecins au regard de son taux de CD4. Certains patients consentent ainsi à débiter leur thérapie antirétrovirale à condition de s'approvisionner par personnes interposées. L'intermédiaire peut être ici un personnel soignant (médecin, ARC, infirmier, etc.), un ami ou un membre de la famille. Toutefois, il est important de préciser que pour certains patients, c'est plutôt un moyen de réduire le coût des dépenses liées à l'approvisionnement. La photo ci-dessous présente des paquets de médicaments ARV et antituberculeux préparés par

270 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

Photo 1: Paquets de médicaments prêts à l'envoi dans une UPEC du Cameroun



Source: J. Mballa, mars 2009.

un infirmier d'un service de tuberculose, prêts à l'expédition aux patients qui ne veulent pas venir s'approvisionner eux-mêmes. Les paquets de médicaments ainsi confectionnés seront expédiés par le truchement d'une agence de transport en commun. On peut apercevoir sur les paquets l'adresse des destinataires.

Un autre fait marquant chez les patients qui tiennent à préserver la confidentialité sur leur statut sérologique est leur «nomadisme». En effet, bon nombre de patients au Cameroun comme au Sénégal préfèrent suivre leur traitement dans des localités ou régions autres que celles où ils résident. Dans toutes les structures sanitaires étudiées au Cameroun, nous avons ainsi enregistré des cas de patients qui adoptent cette attitude. Des patients résidant par exemple à Douala suivent leur traitement à Bamenda, Yaoundé ou Njombé et vice-versa. D'autres vivant à Yaoundé ou Douala suivent leur traitement à Shisong. Or le coût du transport entre Yaoundé et Douala par exemple s'élève à 10 000 FCFA (15 euros), entre Douala et Shisong à 15 000 FCFA environ (23 euros). Médecins et infirmiers interrogés à propos de ce nomadisme des patients semblent avoir intégré ce phénomène dans leur système de prise en charge de ces maladies chroniques :

On ne peut pas forcer les patients à accepter un transfert. Il y a plusieurs patients qui ont été transférés ailleurs et qui sont revenus ici chez nous. L'essentiel c'est que les patients soient observants.

Dans le même ordre d'idées une infirmière déclare : « les patients préfèrent venir chez nous parce qu'ils sont bien reçus et que le traitement² est moins cher ». Nomadisme qui n'est donc pas limité aux petites localités, comme semble le démontrer C. Abé (2010), et qui met surtout en exergue les limites de la décentralisation de l'accès aux traitements ARV et anti tuberculeux au Cameroun et au Sénégal. En effet, les propositions de transfert faites par les prestataires de soins sénégalais sont très souvent refusées. Ce qui a amené un agent sanitaire à déclarer :

² Elle fait en réalité référence au coût de la prise en charge globale (du dépistage à la mise sous traitement) et non uniquement à celui des médicaments.

En ce qui concerne la stigmatisation, je pense qu'elle est construite par les malades eux-mêmes, qui se cachent, qui pensent que tout le monde les regarde. Tu vas voir des gens qui habitent à Diouloulou mais préféreront venir se faire suivre à Ziguinchor ou à Bignona. C'est ce qui explique les taux élevés de perdus de vue d'ailleurs parce qu'ils ne peuvent pas se déplacer tout le temps.

Par ailleurs, cet extrait de dialogue mettant en scène un médecin et un patient sermonné à cause de retards de rendez-vous est assez révélateur:

— Ça ne sert à rien de te prescrire des médicaments, si tu arrêtes souvent de les prendre pendant des mois; je te signale qu'il y a beaucoup de gens qui en ont besoin ailleurs et qui ne l'ont pas; ces médicaments coûtent très cher et ici on vous les donne gratuitement.

— Je sais, je ne raterai plus mon rendez-vous, j'ai commencé à travailler maintenant, je ne veux que me soigner.

— Si tu as souvent des problèmes pour venir, on peut te transférer à Touba [le lieu de résidence de la patiente, au Sénégal]; on fait maintenant la prise en charge là-bas.

— Je préfère venir ici; là bas, les gens vont se douter de ma maladie.

— À Diourbel alors?

— Vous savez, que ce soit à Touba, Mékhé, tout le monde se connaît; si vous allez dans un centre pour prendre vos médicaments, les gens vont se poser des questions; je vis en famille avec ma maman; il n'y a que mon frère qui est au courant de ma maladie; il m'aide de temps en temps; mais je te jure que je ne raterai plus mon rendez-vous.

Ce dialogue montre tout le poids de cette peur de la stigmatisation qui voit le désir de se soigner contrarié par la crainte d'une découverte de la maladie. Outre le fait d'alourdir les dépenses de santé et de poser ainsi un frein à l'observance, ce stigmate peut agir sur l'identification des indigents et sur les rapports entre soignants et soignés. Le malade, pouvant être classé dans une catégorie socio-économique élevée du fait qu'il fait des allers retours entre sa ville de résidence et la capitale, ne bénéficiera pas du remboursement de son déplacement, des kits nutritionnels ou encore du financement d'une

« activité génératrice de revenus ». Son suivi thérapeutique sera plus lâche d'autant que, s'il arrête son traitement, les personnels de santé ne pourront aller le rechercher dans sa ville de résidence. L'établissement d'un lien social avec le soignant, qui peut se substituer au lien médical dans la prise en charge des affections chroniques participe d'une quête de privilèges ou de soutiens dont le patient peut avoir besoin un jour (transport, dotation d'une longue période de traitement en ARV, orientation au service social).

À côté de ces patients qui subissent les effets d'une stigmatisation apparente ou virtuelle, il existe des patients qui développent des actions ingénieuses. Il s'agit principalement de ceux qui militent dans des associations. Signalons au passage que dans tous les sites de l'étude, le mouvement associatif est vivement encouragé. Les PVVIH sont régulièrement mis à contribution dans la lutte contre le VIH. On retrouve donc au sein de ces structures sanitaires des patients experts qui exécutent diverses tâches au même titre que certains paramédicaux. Par ailleurs, parmi les ARC, on retrouve une bonne proportion de séropositifs qui exercent en permanence au sein des services spécialisés. Les associations de PVVIH sont surtout sollicitées pour effectuer le counselling et l'éducation thérapeutique. Toutefois, nous avons constaté qu'elles ne s'impliquent pas dans les activités liées à la prise en charge de la tuberculose. Or, les services de prise en charge de la tuberculose nécessitent un personnel pour effectuer le counselling aux patients qui sont préalablement dépistés tuberculeux. Tâche exécutée par des ARC spécialement recrutés pour le faire dans deux structures (Hôpitaux de Shissong et de Guider) au cours de notre passage.

4. De la dé-stigmatisation à la banalisation : perceptions des professionnels de santé et pratiques de prise en charge conséquentes

Comment gérer le dépistage de patients qui présentent un tableau clinique évocateur d'une coinfection TB-VIH ? Faut-il nécessairement requérir le consentement du patient pour effectuer le test de VIH lorsqu'il y a une suspicion de coinfection TB-VIH ? Peut-on traiter uniquement la tuberculose chez un patient qui

présente des signes et symptômes d'une coinfection? Voilà des questions que semblent se poser les soignants qui reçoivent au quotidien des patients se présentant à un stade avancé de leur maladie. Nous proposons ici de montrer comment les médecins procèdent pour le dépistage de la coinfection. Nous poursuivons ainsi le débat sur le rapport aux normes de prise en charge de la coinfection amorcé au chapitre 7. Précisons tout d'abord que le test de la tuberculose est prescrit en routine à un patient symptomatique ou non pour l'infection à VIH. Au regard des choix qu'opèrent les médecins lorsque durant l'examen clinique du patient ils ont la présomption d'une coinfection, il apparaît que l'interprétation qu'ils font des textes réglementant le dépistage du VIH génère sa banalisation. Au Cameroun, depuis 2006, des textes du ministère de la Santé³ préconisent le dépistage en routine du VIH sous réserve du consentement du patient. En effet, la stratégie «opt out»⁴, ainsi prescrite suppose que le test de VIH fasse partie du paquet de prestations de routine systématiquement proposées aux patients dans les formations sanitaires. Ce qui implique que les médecins devraient obligatoirement requérir le consentement du patient pour l'exécution du test de VIH. Ceci étant, en mettant en avant l'argument épidémiologique du lien TB-VIH, on assiste à un traitement différencié des patients suspects de coinfection en ce qui concerne la procédure de dépistage du VIH. Logique discriminatoire qui se justifie, selon les médecins qui ont recours à cette méthode, par l'urgence de traiter, «de sauver la vie» (Bonono *et al.*, 2010), et surtout par le souci de procéder à une prise en charge globale (donc de la coinfection) du patient.

³ Circulaire n° D36-52 /LC/MSP/SG/DLM/SDLVIH-IST/SPTME/BSE du 1^{er} septembre portant harmonisation du dépistage de l'infection du VIH par stratégie «Opt out»; Décision n° 016/MSP/CAB du 18 janvier 2007 fixant le prix du paquet de dépistage du VIH dans les formations sanitaires publiques et privées du Cameroun.

⁴ La stratégie «opt out» (consentement implicite du patient) consiste à informer le patient que le test du VIH sera réalisé et que s'il s'y oppose, qu'il exprime alors son refus. La démarche de l'«opt in» vise, elle, à demander d'emblée, au patient de donner son aval, par écrit ou oralement, à la réalisation du test. Le VCT (pour «Voluntary Counselling and Testing»: test volontaire et counselling) s'inscrit dans cette dernière stratégie, et fonde encore le dépistage dans la plupart des pays (Revault, 2006).

Nous avons ainsi pu identifier au Cameroun trois formes de dépistage du VIH chez les patients «suspects» de coinfection TB-VIH. La première – celle d'un «dépistage proposé» – obéit à la stratégie «opt out». Pour ce type de dépistage, le médecin propose aux patients de faire simultanément ou en léger différé les tests de dépistage de la tuberculose et du VIH. Il laisse la latitude au patient de se soumettre ou pas à cette exigence. Il requiert donc le consentement du patient pour le dépistage du VIH, mais pas pour celui de la tuberculose. Ensuite on a le dépistage imposé: les tests du VIH et de la TB sont prescrits en même temps et celui du VIH sans le consentement du patient. Le médecin informe le patient de sa démarche thérapeutique et l'oblige à présenter les résultats des deux examens pour la suite de la prise en charge. Les patients qui refusent de se soumettre à cette exigence peuvent être refoulés. En témoignant ces propos d'un médecin excédé par un malade qui a choisi de faire uniquement les examens de crachats et la radio pulmonaire pour le dépistage de la tuberculose et non celui du VIH qu'il lui avait également été prescrit:

Sortez de mon bureau! Allez voir un médecin qui acceptera de vous soigner partiellement. Il est fort probable qu'en plus de cette tuberculose que vous développez, il y ait le VIH. Je sais ce que je fais.

Le troisième type de dépistage identifié est le «dépistage dissimulé»: les tests de dépistage du VIH et de la tuberculose sont prescrits simultanément avec dissimulation de celui du VIH. Pour ce faire, le médecin a recours à un langage codé. Il sera donc inscrit sur le bulletin d'examen du patient l'un des termes suivants qui désigne le test de Vih: *Lav*, *Sero lav*, *Sero torch*, *Serologie moderne*, etc. Le médecin dira simplement au patient qu'il fera des examens de sang sans préciser la pathologie recherchée. Lorsque le patient se présente avec les résultats, le médecin peut choisir d'annoncer le résultat du test positif ou pas. Voici un exemple d'annonce:

Nous ici on fait généralement les deux tests. On vous a fait le test de VIH et c'est positif. Il n'y a pas de problème, les médicaments sont gratuits. Ne vous inquiétez pas. On va vous prendre en charge.

Le patient sera ainsi référé vers un personnel paramédical pour la suite de la prise en charge. Dans certains cas, notamment chez les patients grabataires, le test peut être effectué avec l'approbation d'un accompagnant. Ce qui permet aux soignants de partager la responsabilité d'un test effectué sans le consentement du patient. Cette pratique est ancienne en Afrique comme l'ont montré des études antérieures (Vidal, 2000).

Au Sénégal, des pratiques de dépistage similaires ont également été identifiées. Dans l'élaboration du diagnostic au sein du service de pneumologie du CHU de Fann, quelques limites sont apparues et montrent la difficulté à laquelle pourraient être confrontés ces professionnels dans une perspective de traitement conjoint. En effet, la proposition de dépistage pour les patients tuberculeux hospitalisés n'est pas toujours systématique et la demande de sérologie ne suit pas les recommandations du programme sida. Nos observations ont montré que cette sérologie peut être faite à l'insu du malade, sans conseil préalable ni obtention de consentement éclairé. Le médecin se contente souvent, au cours des visites quotidiennes, de dire à l'infirmier « faites lui une sérologie ». Il faut souligner que la prise en charge psychosociale est peu mise en exergue dans le traitement de la tuberculose. Cet aspect, qui se trouve au cœur du traitement VIH, n'est pas ressenti par les professionnels comme quelque chose de nécessaire dans la prise en charge de la tuberculose qui, au contraire de la première, est une maladie curable :

C'est sur le VIH que la prise en charge psychosociale pèse le plus. Ça l'est moins pour la tuberculose: c'est une maladie qui est là depuis longtemps, elle se guérit et la connotation qu'elle avait avant s'est peu à peu diluée lorsque les gens se sont maintenant rendu compte de l'évolution de ces malades; ils savent maintenant que c'est une maladie qui se guérit.

Ainsi, la plupart des professionnels exerçant dans les services prenant en charge la tuberculose, même s'ils sont formés en counselling, l'ont peu pratiqué et l'équipe sociale n'est pas souvent mise à contribution au cours des entretiens avec les malades, son rôle se limitant à celui d'une assistance financière aux indigents et d'organisation de séances d'IEC sur la tuberculose. Cela montre une tradition de traitement de la

tuberculose peu portée sur des volets se situant au cœur du traitement du VIH, et qui peut être un obstacle à une implication des professionnels de la tuberculose dans la prise en charge du VIH.

On constate donc que, dans ces deux pays, les soignants n'insistent pas sur la nécessité de soumettre les patients non consentants à un pré test counselling au cours duquel l'importance du double dépistage leur sera expliquée. Ceci peut traduire le malaise, l'inconfort, voire le dilemme auxquels font face les professionnels de santé pour gérer la coinfection TB-VIH. En revanche, face à l'urgence de faire une prise en charge globale de la coinfection, certains médecins incitent leurs patients non seulement à transcender leur peur du test de dépistage du VIH, mais surtout à respecter leur démarche thérapeutique. On peut déduire qu'on évolue vers une « banalisation » du dépistage du sida, sous prétexte qu'il s'avère indispensable pour une prise en charge adéquate d'un patient coinfecté. Il est important de signaler ici que la disponibilité et plus tard l'avènement de la gratuité des traitements sont des facteurs favorisant cette « banalisation ». À ce titre un médecin a déclaré au Cameroun : « Quand il n'y avait pas de traitement ou quand c'était cher, on ne savait pas quoi faire des patients. Avec la gratuité du traitement on se lâche », citation qui s'applique aussi au Sénégal. Ainsi dans les deux pays, les professionnels de santé n'hésitent plus à prescrire le test de VIH en routine comme tout autre examen :

Pourquoi faut-il toujours demander à un patient sa permission pour lui faire le dépistage du VIH. Est-ce qu'on demande l'avis du patient pour lui faire une goutte épaisse pour le paludisme ou encore pour dépister la tuberculose ? Il faut arrêter de caresser les patients dans le sens du poil. (Médecin camerounais)

Ce saut vers la banalisation de la prise en charge de ces pathologies s'observe aussi dans la gestion du risque de contamination par les professionnels de santé.

5. Stigmatisation et rapport des professionnels de santé au risque face à la coinfection

Confrontés dans leur travail à des risques de contagion, certains professionnels de santé prennent des mesures de précaution plus ou moins discrètes pour éviter tout risque de contagion de la tuberculose, alors que d'autres n'en font rien. Pour la première catégorie, lors de l'observation des consultations dans les structures sanitaires au Cameroun, le principal constat qui a été fait est que les médecins placent les chaises destinées aux patients qu'ils reçoivent soit à une bonne distance de leur bureau, soit en biais pour éviter un contact face à face avec les éventuels «tousseurs». Les professionnels de santé interrogés au sujet de cette disposition des chaises ont confirmé que c'est bien pour éviter une éventuelle contamination par le bacille de Koch qu'ils prennent cette précaution. Certains se plaignent de l'exiguïté de leurs bureaux et surtout de leur mauvaise aération. Par ailleurs, ils demandent systématiquement aux patients qui toussent de couvrir leur bouche avec la main, un mouchoir ou un pan de leur vêtement. Au cours de l'examen physique, ils peuvent porter des gants ou utiliser le vêtement du patient comme substitut du gant, et se lavent (au cas où il existe un lavabo dans le bureau) ou aseptisent (avec alcool ou gel désinfectant) les mains après auscultation. Il est important de préciser qu'un patient qui a des quintes de toux peut être violemment réprimandé ainsi qu'en témoignent les propos de ce médecin: «Arrêtez de tousser comme ça! Vous voulez me contaminer ou quoi!». Pour justifier cette réprimande acerbe, certains médecins ont déclaré qu'il y a des patients «méchants» qui toussent expressément sur le médecin pour le contaminer. Nous avons par exemple vu un médecin nettoyer vigoureusement en présence du patient à l'aide d'un antiseptique la poignée de sa porte, touchée par un malade qui souffrait d'une diarrhée et qui toussait sans cesse; ou encore un autre faire une pause de quelques minutes pour aérer son bureau de consultation après avoir ausculté un patient qui toussait sans cesse, à qui il a également intimé l'ordre d'arrêter de tousser.

Cette attitude précautionneuse vis-à-vis des patients «suspects» de tuberculose ou dont le diagnostic est avéré, est également présente chez les soignants au Sénégal. Des stratégies propres

sont alors utilisées. Les attitudes tendant à garder une certaine distance vis-à-vis du patient tuberculeux, ou d'offrir systématiquement un mouchoir au patient lorsqu'il tousse, sont autant de moyens personnels pour se prémunir de la contamination. Un soignant sénégalais déclare :

J'achète des mouchoirs que je donne aux malades pour ma propre sécurité. Les mouchoirs font partie de ma protection, ça me permet de conduire ma discussion avec les malades sans crainte. Quand ils toussent, tu te précipites pour qu'ils quittent le bureau et ça ce n'est pas bien.

Cependant, on a remarqué que la coinfection a sensiblement modifié cette relation par rapport au risque, modifications plus visibles chez les praticiens qui prennent en charge le VIH :

Par rapport à un patient qui a la tuberculose en plus, on a plus peur ; on leur dit toujours d'utiliser un mouchoir mais ils ne le font jamais.

La consultation ou le counselling effectués auprès de patients qui toussent peuvent être expéditifs :

Lorsque je reçois un patient qui tousse beaucoup, pour éviter qu'il ne reste longtemps dans mon bureau, je l'envoie d'abord rapidement faire une radio avant l'examen physique, a par exemple déclaré un médecin camerounais.

Pour ce qui est des professionnels de la santé qui ne font rien pour se protéger par souci d'éviter de stigmatiser le patient, aucune parole, qui pourrait frustrer le patient n'est proféré, aucun geste. Par contre la prise de risque qu'ils prennent au contact de ces patients, notamment ceux qui viennent en consultation pour la première fois, est parfois énorme. Nous pouvons évoquer ici les consultations d'observance qui se font au sein de certaines structures dans des lieux extrêmement exigus et mal aérés au Cameroun. Les personnels se plaignent certes de leurs conditions de travail à risque, mais ne le manifestent aucunement auprès des patients. Les comportements et sentiments par rapport au risque traduisent donc la nature des interactions soignants/malades. Le risque peut ainsi être banalisé. Le port de gant, par exemple lors des injections est peu valorisé. L'expérience du soignant est

mise en avant dans l'explication donnée à ces attitudes face à la contagion. Une infirmière sénégalaise déclare ainsi:

J'avoue qu'on avait très peur au début; c'était pas du tout facile; on ne comprenait pas que la contamination ne se faisait pas simplement du malade au malade, qu'il fallait une blessure ouverte; on rechignait même à manger ce que les PVVIH préparaient; on n'avait pas une très grande expérience à l'époque. Aujourd'hui, je suis une infirmière qui a fait plus de 20 ans de service sans porter de gants, c'est parce qu'on n'a pas trop l'habitude, je ne le fais que si je l'estime nécessaire; en présence d'un malade qui a des dermatoses par exemple, je porte des gants.

Au Cameroun, dans les services de prise en charge du VIH, aucune mise en garde contre le risque de contagion à la tuberculose n'est faite aux patients VIH+. Or, les jours de consultations, les salles d'attente sont très souvent bondées de patients qui arrivent pour une première consultation ou qui sont déjà sous traitement. Anciens et nouveaux patients, tousseurs ou pas, sont donc assis côte à côte pour suivre les conseils de groupe prodigués par l'équipe soignante. Il n'y a donc pas de traitement différencié effectué entre les patients déclarés coinfectés et ceux simplement VIH+ dans les services de prise en charge du VIH.

En général, la non adoption des mesures de protection existantes, au Cameroun comme au Sénégal, ne découle pas seulement d'une minimisation du risque par les professionnels. Comme l'attestent certains soignants, la non disponibilité de ces accessoires de protection («il faut que les structures soient équipées; on ne peut porter des gants si on n'en a pas») ou leur inadaptation («les masques sont inefficaces et gênants en plus») justifient parfois le peu d'utilisation faite de ces moyens pour parer au risque.

6. Conclusion

Contrecarrer l'épidémie de stigmatisation, qui se complexifie comme nous venons de le voir dans le cadre de la coinfection, est bien l'un des objectifs qui permettrait de juguler au maximum l'épidémie du VIH qui perdure. Au Cameroun comme au

Sénégal, les professionnels de santé sont confrontés au quotidien à cet épineux problème qui perturbe sérieusement le suivi de leurs patients. Les efforts consentis jusqu'ici pour éviter de stigmatiser les patients, notamment les tentatives d'anonymat des lieux de prises des patients, ou l'évitement de discours et de gestes répulsifs, sont loin d'avoir atteint le but escompté. En ce qui concerne spécifiquement l'anonymat des lieux de prise en charge, il est quasiment impossible à assurer, que ce soit au Cameroun où les files actives sont plus importantes ou au Sénégal où elles sont beaucoup plus réduites. Pour ce qui est de la prise en charge de la coinfection qui nous intéresse particulièrement ici, l'urgence de traiter simultanément les deux maladies apparaît comme un nouvel objet de stigmatisation. En effet, à différentes étapes de la prise en charge, les soignants heurtent involontairement les sensibilités des patients qui désirent non seulement garder leur libre-arbitre face au dépistage du VIH, mais également préserver la confidentialité de leur statut sérologique, ce que la configuration des dispositifs de prise en charge au Cameroun comme au Sénégal ne permet pas. À l'heure du dépistage massif, dans le cadre notamment du principe « Test And Treat » en cours de vulgarisation par l'OMS, on est en droit de se demander comment cette politique pourra s'articuler à la réalité de la stigmatisation.

Thème qui a de tout temps été au cœur des préoccupations des associations de lutte contre le sida. Dans les deux pays qui nous intéressent plus particulièrement, comment se sont-elles approprié la question de la coinfection ? C'est ce que nous allons maintenant essayer de comprendre.



Chapitre 11

Les associations face aux institutions : sida, tuberculose et coinfection



*Laurent VIDAL, Fatoumata HANE,
Maymouna BA, Josiane MBALLA*

1. Arguments et démarche

Le monde associatif impliqué dans la « lutte contre le sida » se présente comme un feuilleté d'histoires. Histoires parfois anciennes (avec un recul variable suivant les endroits) des toutes premières mobilisations, contemporaines de l'arrivée de l'épidémie (Agness, 1993 ; Deepack, 1997), mais aussi histoires plus récentes, s'ajoutant aux premières sans naturellement les occulter, scandées par un certain nombre d'évènements (la gratuité des traitements, l'arrivée du Fonds mondial, la promotion d'une « démocratie sanitaire »...) (Raguin *et al.*, 2002). Par ailleurs, de façon plus spécifique, chaque association se construit par la superposition de parcours, d'histoires individuelles qui composent avec l'histoire d'un projet collectif. Enfin, les histoires des associations de lutte contre le sida ne peuvent s'extraire de deux autres temporalités : celle de la réponse politique et sanitaire au VIH (préventions et traitements), d'une part, celle du fonctionnement du système de santé dans son ensemble, d'autre part. Autrement dit, les associations se proposent d'être au cœur du dispositif national de lutte contre le sida et, par induction, du système sanitaire dans son ensemble.

Les associations¹ entretiennent avec les institutions, nationales ou internationales des liens complexes faits de dépendance et de

¹ Il existe une littérature non négligeable sur le monde associatif, dans les pays du Sud en général et en Afrique en particulier, au-delà des questions

revendication d'une liberté d'action, d'une autonomie. Acteurs du « marché du sida » (Delaunay, 1998), les associations sont – face aux acteurs institutionnels de la santé – dans une logique certes de demande (matérielle, financière, formative: voir l'expérience Tanzanienne, Dadian, 1998...) mais aussi d'offre (les appuis aux hôpitaux évoqués ci dessus) qui transforment leur place dans ce « marché » (Gruénais, 1999). À cela il convient d'ajouter que nombre de ces interlocuteurs des associations se trouvent dans la sphère des ONG, notamment internationales qui servent de structures intermédiaires entre les associations et les acteurs institutionnels (programmes de lutte contre le VIH, partenaires bi ou multilatéraux) (Pfeiffer, 2003).

Dans ce chapitre nous souhaitons penser ces configurations associatives (§2) et leurs relations avec les institutions (§3), autour de la question du rapprochement, de l'« intégration », des actions en direction du sida et de la tuberculose, donc de la coinfection.

Il s'agira donc tout d'abord de comprendre comment des associations de lutte contre le sida décident d'intervenir dans le domaine de la tuberculose: quelles actions sont menées, suivant quelles logiques et sous-tendues par quels parcours individuels? Ensuite, nous porterons notre attention sur les relations des associations avec les institutions, lorsque la question de la tuberculose est en jeu. Pour ce faire, s'agissant du Cameroun et du Sénégal, nous nous penchons sur les activités d'une institution centrale dans la lutte contre le sida et la tuberculose: le CCM²

posées par le sida et la santé (pour des synthèses récentes voir Diop, Benoist, 2007 et, à travers la problématique de l'aide, Atlani-Duault, Vidal, 2009).

² Le CCM – « Country coordination mechanism » ou « Instance nationale de coordination » – est l'organe national chargé de préparer les projets qui seront soumis au Fonds mondial pour financement dans le cadre de ses appels d'offre ou « Round ». Cette structure comprend 48 personnes au Cameroun contre 46 membres et autant de suppléants à Dakar. Ces CCM sont composés des représentants des ministères, des religions, du secteur privé, des coopérations bi et multilatérales, et de la société civile. Le CCM reçoit donc un certain nombre de projets, dont les plus importants émanent des programmes nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, les examine et les rassemble en une seule proposition, après les avoir retravaillés, au sein même du CCM et en collaboration avec les Programmes nationaux. Les CCM du Cameroun et du Sénégal ont été créés en 2002, respectivement en août et en février par Décret Ministériel, la même année donc que le Fonds Mondial.

du Fonds mondial. En particulier nous nous intéresserons à l'arrivée des représentants des associations dans le CCM, ainsi qu'au rôle qu'ils commencent à y tenir; ceci en essayant de comprendre ce que nous disent ces événements du « dynamisme » du monde associatif, comme de sa « division » (deux affirmations régulièrement relayées pour le caractériser). Au Sénégal par exemple, lors de la dernière soumission au Fonds mondial, certaines associations se sont « imposées » aux responsables institutionnels dans la définition des activités à mener. Comme le dit l'un des responsables: « nous sommes mieux placés que quiconque pour définir les actions à entreprendre vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH ».

Sur le plan méthodologique nous avons associé observations de réunions et de pratiques, entretiens avec les responsables d'associations et analyse de la documentation produite par ces associations et par diverses institutions avec lesquelles collaborent ces dernières.

Concrètement, au Cameroun, les réunions en question ont été celles du GCOP (Groupe des coopérations dans le domaine de la santé), du CCM du Fonds Mondial consacrés aux préparations de la réponse aux Rounds 8 et 9 et au renouvellement de son secrétariat, ainsi que celles relatives aux élections des représentants de PVVIH, des associations de lutte contre le sida et la tuberculose au CCM. Nous avons aussi assisté à l'atelier de refondation et à l'assemblée générale du RECAP+ (Réseau camerounais de personnes vivant avec le VIH). Ces données ont été complétées par les séries d'entretiens effectués auprès des acteurs internationaux et nationaux intervenant dans le champ du VIH³. Enfin des entretiens ont été réalisés avec divers responsables de 4 associations qui ont intégré des actions sur la tuberculose: Positive Generation; CEJES (Centre des jeunes et étudiants contre le sida); Horizons femmes; FIS MST/SIDA (Front Inter Scolaire et Universitaire pour la Sensibilisation sur

³ OMS, PNUD, ONUSIDA, GTZ et DDE (Coopération allemande), Coopération française, CTB (Coopération technique belge), Union européenne, MSF Suisse, CARE, CCAM (Cameroon coalition against malaria), OCEAC (Office de contrôle des grandes endémies en Afrique Centrale), IRESO (Institut pour la recherche, le développement socio-économique et la communication), DLM (Direction de la lutte contre la maladie, au ministère de la Santé), DLSI, FHI.

les MST/SIDA). Au Sénégal, nous avons participé aux réunions du groupe de travail DLSI/PNT et à l'atelier de définition et de validation de la réponse au Round 9 du Fonds mondial. Nous avons assisté aussi à l'Assemblée générale de l'une des premières associations de lutte contre le sida, Bokk Jéf⁴. Précision importante: contrairement au Cameroun, au Sénégal, les associations n'ont pas encore intégré la question de la tuberculose et de la coinfection, même si elle peut être évoquée lors des groupes de parole quand les participants en font l'expérience. La seule association de lutte contre la tuberculose tente d'inclure le VIH dans ses activités pour pouvoir bénéficier de ressources.

2. Configurations associatives

2.a. *L'espace associatif du sida*

Au Cameroun comme au Sénégal, les associations de lutte contre le sida, au-delà de leur nombre élevé (environ 300 au Cameroun: voir Eboko, Mandjem, 2010; près de 400 au Sénégal: Billaud, 2009) se caractérisent aujourd'hui par une forte diversité de thèmes d'intervention et de modes de fonctionnement. Sans revenir sur la généalogie intellectuelle et politique de ces configurations actuelles (voir Eboko, 1999, 2002, 2005-a et -b; Eboko, Mandjem, 2010), nous allons en mentionner ici les principaux traits, de façon à mieux saisir, dans le paragraphe suivant, dans quel contexte le monde associatif s'est intéressé ou non – et selon quelles modalités – à la question de la tuberculose et de la coinfection. Non exclusives les unes des autres, et ayant leur propre histoire, ces caractéristiques sont les suivantes. Tout d'abord et naturellement, la militance: il s'agit de défendre une

⁴ Cette association, créée en 1999, a été choisie en raison de sa représentativité dans le mouvement associatif des PVVIH (l'association compte théoriquement 200 membres et 1000 bénéficiaires). Ses membres ont pour la plupart été formés au counselling et à l'accompagnement psychosocial. Les tâches des membres présents au CTA consistent à faire des visites intra hospitalières et à négocier la prise en charge de leurs «malades» internés dans les différents services de l'hôpital. Des observations de leurs activités ont été menées et des biographies de certains membres retracées. D'autres membres de Bokk jéf ont pu être suivis dans une autre association (Aboya, créée en 2001) à laquelle ils ont aussi adhéré et qui regroupe exclusivement des femmes.

cause qui peut s'afficher dans la défense de personnes (malades, stigmatisées) ou d'idées, de principes (l'accès, de tous, aux traitements, au suivi thérapeutique, au dépistage, aux moyens de prévention). La militance s'incarne dans des prises de paroles publiques, donc dans l'investissement d'espaces où le « plaidoyer » relatif à la cause qu'elles défendent peut porter ses fruits : cela peut être les médias, les tribunes de congrès, la rue, comme les réunions d'experts. Nous avons ensuite la fonction d'autosupport, caractéristique des premières associations de personnes vivant avec le VIH, soucieuses de trouver dans un collectif dont les membres vivent des situations comparables un lieu d'échange d'expériences. Ce fut le cas au Cameroun avec les premières associations de personnes atteintes montées par des femmes. Plus récemment, émergent des associations qui se fixent principalement (mais pas nécessairement uniquement) un rôle de veille, d'observatoire de la situation, par exemple de l'accès aux traitements, ou de la discrimination ou encore, même, de la recherche (c'est le cas au Cameroun du REDS – Réseau sur l'éthique, le droit et le sida – qui souhaite en particulier veiller au respect des règles d'éthique des recherches sur le sida menées dans le pays : Talom *et al.*, 2004). Associations aussi militantes, donc, mais qui alimentent leurs réflexions et leurs actions par des études, par la collecte de données. En matière de modes de fonctionnement, nous devons mentionner les associations soucieuses de professionnaliser leurs pratiques : ceci aussi bien en termes de gouvernance interne, que de recherche et de gestion de financements, dans un contexte de compétition accrue entre associations. Par ailleurs, sous le label d'associations « opportunistes » nous pouvons ranger un ensemble de structures dont les stratégies visent à privilégier la captation de financements au détriment d'actions soit réelles soit, le plus souvent, cohérentes, de « lutte » contre le sida : ces associations se présentent comme des clients d'un marché – celui du sida, mais ce pourrait être un autre. Là aussi, pour éviter toute conception figée de ces configurations, notons qu'il peut s'agir d'évolutions internes aux associations (ayant à l'origine une autre conception de leur raison d'être : Essome *et al.*, 2004). Précisons que nous avons là une gamme très large de comportements : de l'association qui se désintéresse totalement de la question du sida, à celle qui

288 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

– tout en étant désireuse de «lutter contre le sida» – n'a pas de thématique ou d'objet d'action clairement déterminés, et qui les adapte aux financements disponibles.

Enfin, il convient de dire quelques mots de la structuration en réseaux des associations: réseaux qui peuvent reprendre ces caractéristiques des associations. Cette structuration en réseaux est souvent favorisée par des liens forts avec les associations du Nord, qui facilitent la fonction d'autosupport de ces associations, tout en renforçant la légitimité de ces associations au regard de leurs consœurs et des institutions nationales et internationales de lutte contre le sida.

Au Cameroun, le plus connu d'entre eux est le RECAP+, créé en 2000 (Kayo, Mounton, 2004) et qui a connu entre 2007 et 2009 une crise menaçant son existence. Cette crise a vu la conjonction de problèmes de personnes au sein de son équipe dirigeante (accusation de monopolisation du pouvoir par un «clan»), de difficultés financières et de confusion de son champ d'action (en menant des actions relevant plus de ce qui est attendu d'une association que d'un réseau d'associations, elle a vu les associations s'en éloigner et critiquer sa démarche). Ces mêmes problèmes ont été relevés au Sénégal avec le RNP+ (Réseau national des personnes vivant avec le VIH) dont on dit qu'il n'a qu'un seul membre... le président. Sa gestion est contestée par beaucoup d'associations, notamment Bokk jéf: «Le RNP n'existe pas, on leur doit la mauvaise image que les gens ont des associatifs», ceci en référence à un scandale qui avait éclaté au sein du réseau, lié à un détournement de financements de la Banque mondiale.

2.b. Des associations face à la tuberculose: arguments collectifs et individuels

C'est dans ce contexte d'une forte pluralité d'affichages et de modes d'actions des associations de lutte contre le sida (que l'on a dès lors quelques difficultés à ranger sous le label de «la société civile» impliquée dans la lutte contre le sida...) que prennent corps les actions concernant la tuberculose et la coinfection. Toutefois, comme nous l'avons dit, rares sont les associations de lutte contre le sida s'y intéressant (quelques unes au Cameroun... aucune au Sénégal).

Au Cameroun, les associations qui mènent des actions en direction de la tuberculose sont rares. Nous nous sommes intéressé à quatre d'entre elles (citées plus haut) dont trois collectifs de PVVIH⁵ qui développent, au fil des ans, moins une logique de témoignage que d'expertise et de contribution à l'action. Même si perdure l'idée que le témoignage doit être préservé, il est important d'insister sur ce souci de professionnalisme et d'indépendance de ces associations. Mais leur revendication d'une expertise demeure mesurée, réfléchie : leurs membres savent qu'ils ont besoin de spécialistes pour affiner leurs projets et ils ont cette volonté de comprendre le plus finement possible les ressorts sociaux, économiques ou politiques de situations qu'ils côtoient (accès aux traitements et à la prévention, stigmatisation...). De plus, nous observons une conscience du fait que cette quête de compétences, d'expertise, peut éloigner des « réalités du terrain » ; or celle-ci fonde aussi largement la légitimité, voire l'identité, du militant associatif, en particulier lorsque celui-ci se trouve être PVVIH. Ceci n'est pas sans ambiguïté sur l'image qu'ils souhaitent donner de leur identité. Ils sont ainsi soucieux d'être reconnus pour une expertise (scientifique), un savoir-faire (notamment artistique⁶) et pas uniquement comme PVVIH. Donc ils veulent les droits que tout citoyen a et, simultanément, être entendus car PVVIH.

Ces quatre associations ont été les premières à s'intéresser à la tuberculose, en 2004/2005 : ce fut le résultat d'un ensemble de déterminations.

Nous avons tout d'abord, une succession d'expériences individuelles de la maladie. En effet, certains des responsables de ces associations ont eux-mêmes contracté la tuberculose (parfois à plusieurs reprises). Expérience des réactions de l'entourage et de la prise en charge hospitalière qui les ont amenées à comprendre le lien entre cette maladie et leur infection à VIH,

⁵ La quatrième (Horizons femmes) est une association de lutte contre le sida, mais pas de PVVIH. Ce sont les associations les plus connues pour mener des actions en direction de la tuberculose, mais pas les seules. En dehors de Yaoundé les associations KASAFRO à Njombé et Garoua Éveil à Garoua mènent également des activités en direction de la tuberculose.

⁶ La présidente du CEJES est une comédienne connue au Cameroun, et son association a été sollicitée à diverses reprises pour animer des manifestations concernant le sida.

pour ensuite agir. Mais il convient ici d'être nuancé car une expérience personnelle de la tuberculose peut être un déclencheur revendiqué, direct (c'est le cas au CEJES), comme un élément très indirect, mis entre parenthèse (Positive Generation, FIS MST-SIDA). Dans un cas, la maladie a créé une volonté de lutter contre ce que l'on a vécu de traumatisant, dans l'autre – et d'une certaine façon à l'inverse –, elle a marqué l'individu au point où l'évoquer revenait à raviver des souvenirs douloureux. Souvenirs néanmoins là, et qui furent réactivés au point de fonder une nouvelle volonté. Celle-ci sera alors le résultat de constats empiriques, effectués par des membres de ces associations, «de visu», de la situation dans les hôpitaux (des malades tuberculeux y ont été vus abandonnés, avec l'impression que le dépistage de la tuberculose est mal fait...) mais découlera aussi de la réception d'informations (notamment via Internet...) qui font prendre conscience de l'ampleur du problème. À ces incitations personnelles ou locales s'ajoutent des motivations externes, liées à la participation à des forums internationaux: une réunion au Cap en juin 2006: le 1^{er} atelier de plaidoyer de la région Afrique sur la TB/VIH à Nairobi à l'initiative de TAC (Afrique du Sud).

Le très faible nombre d'associations de lutte contre le sida menant des actions en direction de la tuberculose et de ce fait intégrant les deux pathologies renvoie à deux ensembles d'explications. Une première reprend, tout en en faisant une lecture spécifique, un argument de santé publique. À savoir que la tuberculose est incluse dans les affections opportunistes engendrées par l'infection à VIH, et que de ce fait elle n'apparaît pas de façon «discriminée», «autonome», ce qui ne facilite pas des actions la concernant explicitement (alors que sur le plan médical c'est un problème spécifique). Est ici posé explicitement le problème, non pas tant de la tuberculose (qui est bien une maladie «en soi») que celui de la coinfection: finalement, en tant qu'association de lutte contre le sida, mener des actions sur la tuberculose suppose de le faire au titre de la coinfection, c'est-à-dire en expliquant l'importance, la gravité, les enjeux de celle-ci; or immédiatement se pose la difficulté de «cibler» – pour prendre la terminologie en vogue – une question de santé qui n'est pas une maladie. Un second registre explicatif

concerne le manque plus général de ressources financières des associations qui préfèrent les consacrer à leur « cœur de métier », à savoir le VIH... au détriment donc de la tuberculose. De ce fait, les leaders associatifs ont parfois eu du mal à plaider, au sein même de leur association, la cause de la tuberculose, que certains membres voyaient peu porteuse, notamment pour trouver des financements. Il y a aussi la question de la stigmatisation plus forte malgré le caractère curable de la tuberculose qui est avancé comme argument par les associations de lutte contre le sida, au Sénégal.

Concrètement les associations intervenant sur la tuberculose et que nous avons suivies, mènent une diversité d'activités :

- éditoriales : la publication, depuis quelques années, d'un bulletin, diffusé dans les réseaux associatifs et les structures de prise en charge, et qui évoque systématiquement la question de la tuberculose ; la confection d'une « charte du patient coinfecté » mentionnant ses droits et devoirs ;
- de formation : la mise en place d'un groupe de « pairs éducateurs » dans un district de santé situé à 200 kilomètres de Yaoundé ; « pairs éducateurs » formés à la question de la coinfection et dont le rôle est de se déplacer au domicile des malades pour évoquer avec eux et leur entourage cette question, et notamment donc l'importance du dépistage de la tuberculose, de la non-discrimination... ;
- de sensibilisation au lien entre la tuberculose et le sida lors de « causeries » dans des quartiers de Yaoundé ;
- d'appui nutritionnel aux malades de la tuberculose et coinfectés pris en charge dans des structures périphériques. L'idée est ici d'améliorer l'observance des traitements antituberculeux en organisant des visites au domicile des patients, accompagnées de dons de nourriture. Visites effectuées par des volontaires, recrutés dans cette optique, et non par les personnes qui rendent visites aux malades du sida : ceci afin d'éviter que ce qui est fait en direction des tuberculeux ne soit « noyé » – pour reprendre l'expression du concepteur de projet – dans les activités faites pour le VIH.

Mais notons immédiatement que si les responsables de ces associations se connaissent, se côtoient, leurs activités ne

sont que très rarement concertées. Cela résulte d'une forme de méfiance suite à des projets passés qui ont pu décevoir (exemple de la « Charte », pour laquelle les associations impliquées dans ce travail ont divergé, face à la mise en avant de l'une d'entre elles – contestée par les autres) et, plus généralement, par l'expérience d'idées d'actions qui ont été récupérées par d'autres⁷.

3. Associations et institutions: collaborations, sollicitations, intégrations

3.a. Principes généraux des relations

Deux grands principes organisent classiquement les relations entre les associations de lutte contre le sida et les institutions (nationales ou internationales) qui interviennent dans ce domaine. Mettant parfois en jeu les mêmes interlocuteurs, et non exclusifs l'un de l'autre, ces deux principes sont, d'une part, celui de la collaboration, d'autre part celui de l'appui.

Dans la première situation, nous avons l'ensemble des démarches qui consistent à convier les associations à participer à des instances de décision ou à des espaces de discussion. Ce sera le cas du CNLS au Cameroun ou du CRCF, de la DLSI et du CNLS au Sénégal qui ont, un temps, intégré des membres d'associations dans leurs équipes, ou celui des multiples acteurs nationaux comme internationaux qui, lorsqu'ils décident de mener une action ponctuelle ou un projet à plus long cours, associent systématiquement à leurs discussions des membres d'associations. Implication des associations où se mêlent la volonté de se concilier leurs faveurs (notamment celles des plus militantes) et la conviction qu'elles peuvent apporter un regard original sur les activités que ces intervenants mènent.

La seconde grande caractéristique des relations entre institutions et associations, consiste en l'appui financier des premières aux secondes. Des projets, des études ponctuelles, des formations – que réaliseront ou dont doivent bénéficier les associations – sont ainsi financés, tant par les institutions gou-

⁷ Cette dernière crainte est d'ordre général, elle ne concerne pas les échanges entre ces 4 associations; elles renvoient seulement ici à des situations vécues avec le CNLS.

vernementales (le CNLS, le CCM du Fonds mondial, dont il sera question plus loin), que par les bailleurs bilatéraux (les Coopérations allemande, française, belge, par exemple au Cameroun) et multilatéraux (au Cameroun: l'Union Européenne au travers d'un «Projet d'appui à la société civile» – PASOC; Unusida, se mobilisant pour résoudre la crise du RECAP+), ou les ONG internationales (avec le rôle cardinal de CARE qui sous-traite au Cameroun plusieurs dizaines de projets sur le sida à des associations ou ONG nationales). Plus récemment au Sénégal, des ONG telles que Counterpart International, par exemple, ont démarré le financement d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) par le biais de microcrédit en faveur des associations.

3.b. Le CCM et les représentants de la société civile au Cameroun: visibilité des associations, marginalisation de la tuberculose

Au Cameroun, cinq années après sa création, le fonctionnement du CCM a été remis en cause courant 2007, suite à un audit demandé par Genève dont une de ses recommandations (avec notamment la constitution d'un règlement intérieur et la réforme de son fonctionnement) a été de revoir sa composition en intégrant des représentants des trois maladies (sida, tuberculose, paludisme) et des associations de lutte contre le sida. Après discussion il a été décidé de choisir quatre représentants pour le sida, un pour la tuberculose, un pour le paludisme et trois pour les associations de lutte contre le sida⁸. Le contexte général est marqué par le sentiment des membres du CCM d'une forte défiance à leur égard du Fonds mondial, à Genève, doublée donc d'une attente pour que son fonctionnement gagne en transparence et en rigueur. Est aussi demandé qu'il soit conforme aux règles de composition habituelles des CCM, en l'occurrence que la «représentativité de la société civile» – selon l'expression officielle – soit garantie. Représentativité très codifiée puisqu'il faut que 40% des membres du CCM fassent partie de la société civile⁹.

⁸ Les premiers, représentant les trois maladies, sont censés défendre les intérêts des malades, alors que les seconds, sont là pour veiller à la prise en compte des démarches de la société civile.

⁹ Ce qui donna lieu à des décomptes incluant ou non les ONG internationales, les représentants des religions...: l'enjeu étant important puisqu'il s'agit

De ce point de vue, le choix de membres d'associations pour «représenter» les 3 maladies et les associations est un double test: d'une part, de la volonté du CCM à se conformer aux normes de composition de tout CCM; d'autre part, de la capacité du monde associatif à s'organiser pour désigner ses représentants. Ce second enjeu a sans cesse été répété lors du processus de sélection de ces personnes, dans un contexte où la «crédibilité» (le mot est employé à plusieurs reprises) des associations de lutte contre le sida se trouve mise à mal par la grave crise que traverse le RECAP+. Pèse donc sur le monde associatif le soupçon d'une incapacité à s'organiser. Et les différents intervenants du processus (pas forcément issus du monde associatif: ce peut aussi être des membres d'organisations internationales) soulignent qu'il faut aussi absolument éviter un échec de la société civile à désigner correctement ses représentants au CCM; avec pour conséquence «aggravante» que cette société civile soit rendue responsable du rejet, par Genève, de l'organisation de ce CCM.

Un autre élément de contexte doit être rappelé, qui est aussi une ambiguïté, régulièrement rappelée lors des débats durant l'élection de ces représentants, lors des GCOP et des réunions du CCM: la nécessité de «faire vite» (le nouveau CCM devait être opérationnel pour travailler sur le Round 8¹⁰) et de «faire bien» (donc d'opérer une sélection rigoureuse, peu contestable justement pour éviter les récurrentes critiques sur le fonctionnement peu rigoureux, et du CCM et des associations).

De fait, quatre processus ont été mis en place: i) L'élection des représentants des PPVIH (4 personnes); ii) L'élection des représentants des associations de lutte contre le sida (3 personnes); iii) L'élection du représentant de la tuberculose (1 personne), iv) l'élection du représentant du paludisme (nous ne nous intéresserons pas à celui-ci dans le cadre de cette réflexion sur la coinfection tuberculose/VIH).

d'avoir un CCM qui réponde aux exigences de Genève, indispensable pour que les propositions de financement que ce CCM portera pour les Rounds 8 et suivants soient prises en considération.

¹⁰ Notons que ce «souci» sera toujours d'actualité les mois suivants pour les préparations des Rounds 9 (fin 2009) et 10 (mi-2010), le problème de la structuration du CCM n'étant toujours pas résolu.

Soulignons ici l'écart important et presque caricatural entre la « sophistication » du processus d'élection des quatre représentants des PVVIH et des trois associations/ONG et la simplicité de celui du représentant de la tuberculose. Tout d'abord, la désignation des représentants du VIH au CCM (-i et -ii) s'est effectuée en deux temps : deux séries de réunions (une pour les associations de PVVIH, une pour les associations/ONG de lutte contre le sida) dans chacune des dix provinces du pays puis une réunion commune nationale à Yaoundé pour la désignation des quatre représentants PVVIH et des trois représentants d'associations (le tout en mai 2008). Ce processus a été dirigé par l'ONG internationale CARE – qui met en œuvre par ailleurs les activités financées par le Fonds mondial concernant la société civile – qui, tout en la supervisant en a délégué l'organisation à deux associations : l'AFASO (Association des Femmes Actives et Solidaires), association « historique » de PVVIH au Cameroun, pour la désignation des représentants de PVVIH, et la FESADE (Femmes-Santé-Développement), pour les représentants d'associations/ONG de lutte. Avant de revenir sur le processus de désignation, il est intéressant de préciser que certains membres du CCM ont estimé qu'un PVVIH ou plus généralement un représentant du VIH peut aussi représenter la tuberculose et qu'il n'y a pas lieu d'avoir des représentants en titre de la tuberculose : en somme, le VIH et la tuberculose étant épidémiologiquement et cliniquement corrélés, il « suffit » – selon ces personnes du CCM – que le sida soit représenté pour que la tuberculose le soit¹¹...

Une caractéristique importante du mécanisme de choix des représentants du sida s'avère instructive des rapports entretenus entre les institutions, les associations et les individus les composant. Ainsi, alors que ce sont des individus qui doivent être élus pour être membres du CCM, la discussion sur les compétences et le profil de telle ou telle personne a souvent dévié vers une évaluation des compétences et activités de l'association (de PVVIH ou de lutte contre le sida) à laquelle elle

¹¹ La pertinence d'avoir un représentant du paludisme a aussi été contestée, mais suivant un autre argument : à savoir que tout le monde a une expérience de cette maladie, et que donc de ce fait... personne en particulier ne peut être désigné comme « représentant le paludisme ».

appartient. Cette ambiguïté n'a jamais été levée, malgré les rappels incessants que ce sont des individus et non des associations qui doivent être « envoyés » au CCM. Avec une forme de contre argument avancé par certains: des personnes vont certes être désignées « membres du CCM », et non des associations, néanmoins il convient de leur rappeler qu'elles ne représentent pas « qu'elles-mêmes » mais bien la société civile dans son ensemble. On en revient ici à la question de la représentativité: de quoi s'agit-il et à quelle entité renvoie-t-elle? Une association? La société civile dans son ensemble?

Cette confusion/hésitation entre individu et collectif s'est notamment repérée au niveau des critères de sélection présentés par CARE (et les associations mandatées) et débattus, renvoyant à la fois à des capacités/caractéristiques individuelles (être PVVIH, être bilingue, avoir une aisance pour parler, avoir des compétences soit sur le VIH soit sur les trois maladies...) et à des caractéristiques du collectif auquel l'individu appartient par ailleurs (que son association ait une expérience ancienne dans le domaine du VIH, qu'elle ait géré des budgets conséquents – plus de 20 millions FCFA...): dernier critère contre lequel se sont élevés certains membres d'association, faisant remarquer que l'on peut être individuellement compétent pour être membre du CCM, sans pour autant faire partie d'une « grande » association.

Au-delà de ces difficultés, et des réponses qui y sont apportées, le monde des associations et ONG (de l'association « faïtière » CARE aux associations de moindre envergure auxquelles elle fait appel pour réaliser ses activités¹²) a manifesté dans le choix des représentants du sida au CCM le souci de « bien » faire, d'être « crédible ».

La sélection du représentant de la tuberculose, tout en réitérant cette exigence, a pris une forme bien plus artisanale et modeste. Il s'agissait certes de ne choisir qu'une seule personne pour représenter la tuberculose au CCM: cela a été fait mais suivant un dispositif minimal dans la mesure où il n'y a pas eu

¹² À titre d'exemple, lors du projet financé dans le cadre du Round 4 du Fonds mondial, de janvier 2005 à décembre 2009, CARE a fait appel à 220 reprises à des associations pour réaliser les actions prévues.

de réunions à l'échelon provincial (les « provinces » sont devenues « régions » quelques mois après). La sélection a été menée par la CCAM (« Cameroon Coalition against malaria »¹³), au cours de deux réunions, la seconde ayant été organisée suite au manque de préparation de l'élection lors de la première. En effet, les personnes présentes alors constatent que seule une candidature est arrivée (alors qu'une seconde aurait été envoyée...), que l'information a circulé uniquement par mails et non par voie de presse comme cela est demandé par le CCM, et fait pour le sida. L'élection est donc reportée, le temps de mettre en place une procédure claire (appel à candidatures, sélection, choix) qui ne soit pas contestable, quitte à ce que le représentant de la tuberculose ne puisse être présenté lors de la prochaine réunion du CCM, avec ses collègues « du sida ». L'entrée de la tuberculose par le biais de la société civile au sein du CCM se trouve donc fortement singularisée, « par le bas » : dès le départ, ce processus de désignation ne disposait pas des moyens qu'ont eu les associations de lutte contre le sida (avec dans le rôle de coordonateur du processus CARE et son potentiel en personnes et ressources matérielles), ce qui a conduit à des retards pour effectuer son choix.

Marginalisation de la tuberculose qui est aussi celle de la coinfection comme en témoignent les propositions émanant des programmes de lutte contre le sida et la tuberculose pour le Round 9 du Fonds mondial. Le premier a conçu une proposition de concert avec la société civile (au premier rang de laquelle : CARE) avec des références à la tuberculose très rares : dans le paragraphe imposé par le formulaire du Fonds mondial sur la coinfection, alors que de fait les problèmes posés par de la coinfection pouvaient être évoqués dans d'autres sections ; en revanche, le programme national de lutte contre la tuberculose, jalonne constamment son projet – dans la présentation de la situation de la tuberculose comme dans les propositions d'actions – de mentions de l'épidémie de VIH (prise en charge des enfants ; prophylaxie par l'INH ; formation des professionnels ;

¹³ Originalité d'une situation où une association spécialisée, selon sa présidente, dans « le plaidoyer pour une meilleure intégration du paludisme dans la prise en charge du VIH » se trouve chargée de sélectionner le représentant... de la tuberculose.

organisation du niveau central...). Nous pouvons en déduire deux constats simples: d'une part, l'apport de la société civile ne garantit pas la prise en compte de la coinfection comme « problème » de santé publique; d'autre part, l'effort en direction de l'autre maladie – allant donc dans le sens d'un intérêt pour la coinfection – vient des responsables et acteurs de la lutte contre la tuberculose, pas de ceux du sida, ces derniers estimant que c'est la lutte contre la tuberculose qui a besoin d'avancer en matière de prise en charge du sida, non l'inverse.

Et le fait qu'une association importante dans le paysage de la société civile au Cameroun (CARE) soit – comme les années précédentes – partie prenante de la proposition « sida » du Round 9 alors que celle concernant la tuberculose n'affiche officiellement aucune contribution associative (les associations reprocheront au Programme national de lutte contre la tuberculose l'insuffisante prise en compte de ses remarques dans la rédaction du projet pour le Round 9) constitue un bon indicateur de la difficile implication des associations dans les questions posées par la tuberculose alors que cette contribution est un « fait acquis » dans la lutte contre le sida.

Et, s'agissant du Round 9, la proposition concernant le sida a été rejetée par le Fonds mondial, alors que celles sur la tuberculose et le paludisme ont été retenues, moyennant quelques corrections à effectuer. Plusieurs remarques s'imposent ici. Premièrement, les associations craignent que cet échec ne compromette la gratuité des traitements du sida, rendu jusqu'alors possible par les subventions du Fonds mondial. À cet égard, le Cameroun ayant eu deux demandes de financement de suite refusées pour le sida (celles des Rounds 8 et 9), il a la possibilité de faire appel du rejet de leur proposition. Parallèlement, le Fonds mondial a accepté la demande du CCM de financer la « Continuité des Services »: cela signifie que les ARV des 73000 patients déjà sous traitement au 31 décembre 2009 seront toujours financés par le Fonds mondial, le gouvernement camerounais décidant de prendre en charge, sur son propre budget les nouveaux patients à compter de cette date. Seconde remarque, les associations se demandent si l'échec du Round 9 pour le sida ne va pas sonner le glas des financements des activités des associations, l'urgence étant d'assurer la gratuité des traitements (et non de soutenir les

activités de prévention, de lutte pour les droits de malades... dans lesquelles sont traditionnellement impliquées les associations). En troisième lieu, confirmant ce qu'une lecture des propositions «tuberculose» et «sida» révélait sans peine, les évaluateurs des propositions adressées au Fonds mondial mentionnent – parmi ce qu'ils appellent les «principales faiblesses» de la demande – le fait que «la coinfection tuberculose/VIH est à peine évoquée, il n'y a pas de stratégie de prise en charge prévue».

Autour de la confection des projets soumis au Fonds mondial et des analyses de l'échec du projet sida, nous voyons donc deux séries de problèmes se croiser : d'une part, l'insuffisante prise en compte des questions posées par la coinfection dans le «projet sida» soumis au Fonds mondial, d'autre part, le «sort» réservé aux associations, tant dans la rédaction des projets (sida et tuberculose) que dans les conséquences possibles pour elles du non financement par le Fonds mondial du projet concernant le sida.

En liaison précisément avec la confection des projets pour le Fonds mondial les membres d'associations prennent des initiatives dans un contexte où, récemment arrivés au CCM, ils sont pour certains d'entre eux contestés sur leurs compétences par des membres même du CCM. Mentionnons tout d'abord la mise sur un pied d'un «Comité de liaison de la société civile au CCM» dont le but est de permettre aux associations présentes au CCM de rendre compte de leurs activités aux autres associations de lutte contre le sida. Pour ce faire, les associations du CCM sont appuyées par d'autres associations : AIDES et CARE qui ont organisé, en 2009, un atelier de formation décidant de monter ce Comité ; puis CARE, qui finance en février 2010 les réunions dans les dix régions du pays au cours desquelles les associations du CCM rendent compte à d'autres associations de leurs activités au sein de cette structure. Par ailleurs, il est important d'indiquer la revendication régulière des associations du CCM de pouvoir gérer directement les financements du Fonds mondial destinés à la société civile (que ce soit dans les projets sida, tuberculose ou paludisme). Techniquement, elles demandent à pouvoir être «récipiendaire principal» et non pas seulement «sous bénéficiaire» : volonté qui revient à remettre en cause l'hégémonie de CARE (qui est «récipiendaire principal»)

300 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

en estimant qu'en tant qu'ONG internationale, non spécialisée sur le sida, elle n'est pas «représentative» de la société civile camerounaise impliquée dans la lutte contre le sida.

3.c. Associations et institutions au Sénégal: particularités de la tuberculose et contraintes générales du sida

Au Sénégal, le CCM a été mis en place lors du premier Round du Fonds mondial, il était alors centré sur le VIH et les propositions allaient dans le sens des préoccupations du CNLS. Suite à l'échec à ce premier Round, une restructuration a été faite sur la base de nouvelles directives et normes édictées par les bailleurs. La nécessité d'impliquer tous les secteurs s'est imposée. Ainsi quatre personnes représentant la tuberculose (1), le VIH (2) et paludisme (1) y sont intégrées. Cette participation des associations de malades aux instances de décisions leur confère une place centrale dans le dispositif, comme en témoigne un responsable d'association:

Au Sénégal, dans le cadre de la lutte contre le sida, chacun est en train de positionner ses amis, ses connaissances. Dans le cadre des Rounds du FM, les sous-bénéficiaires n'ont pas toujours le profil requis. Il n'y a encore à ce jour aucune stratégie mise en place pour lutter véritablement contre la stigmatisation. Ce volet c'est des centaines de millions [de francs CFA]; ils veulent le développer sans les PVVIH. Dans le Round 6, lorsque nous faisons des réclamations, on nous rétorquait qu'on n'avait pas participé à l'élaboration. C'est pourquoi dans le cadre de l'élaboration de ce Round 8, on leur a dit: «on participe à tout le processus jusqu'à la fin, sinon on ne valide pas».

Cependant, la difficulté pour la lutte contre la tuberculose de faire entendre sa voix dans ces instances demeure qu'elle n'est pas ancrée au niveau communautaire. Pendant longtemps les responsables de programmes avaient pensé qu'ils «n'avaient pas besoin de tapage médiatique pour montrer leur efficacité». Maintenant que cela leur est imposé au niveau du CCM, ils ont du mal à structurer les malades en associations. Un autre fait, découlant de la marginalité du programme tuberculose, c'est que lors du Round 9 du Fonds mondial, il leur a été reproché de ne pas avoir réussi à intégrer la coinfection dans leurs activités.

Pourtant, les acteurs de la lutte contre la tuberculose avaient pensé s'appuyer sur des ONG comme FHI pour développer les activités communautaires. C'est ainsi que FHI – nous l'avons vu – a pu signer des lettres d'accord avec les régions médicales pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH, la tuberculose et la coinfection au niveau des régions. Cette initiative n'a pas été jugée suffisante pour le Fonds mondial compte tenu de la persistance de difficultés à mettre en place des passerelles au niveau institutionnel.

Au-delà du cas de l'intégration des questions posées par la tuberculose dans les associations de lutte contre le sida, ces dernières sont plus globalement confrontées au contexte de stigmatisation à l'endroit des PVVIH au Sénégal: ceci entrave la reconnaissance des associations des personnes touchées comme partenaires potentiels par les institutions de lutte contre le sida. Dans ce pays, seul le président du RNP accepte de témoigner à visage découvert. Ainsi, la levée du statut demeure délicate, et exceptionnelle:

Ceux qui s'y sont essayés et qui se sont dévoilés au grand jour ont pour la plupart tout perdu; les gens les ont abandonnés, nous dit un responsable du RNP.

Les témoignages des membres continuent de se faire en «privé», dans un milieu où ils sont susceptibles de ne pas être reconnus. Au sein même des associations, les responsables ne se sentent pas prêts à évoquer leur statut publiquement, à cause de risques de stigmatisation et de rejet social qui en découleraient. D'où leurs difficultés à porter haut leurs revendications; ce qui explique leur dépendance dans l'exécution des programmes, les instances locales de coordination de la lutte se plaçant toujours en intermédiaire lorsque ces associations doivent recevoir des financements. Par ailleurs, comme l'explique le vice-président de Bokk Jéf,

Dans un contrat nous liant avec le FHI, tout est passé par le CTA; on a signé mais on a jamais su le montant du financement, ni les modalités; c'est bien après que j'ai su que même les frais de réunions de bureau de l'association étaient inclus dans le financement... Les gens ont des doutes quant aux capacités

d'absorption des associations [...] Ce sont les partenaires qui affectent les sous à une activité spécifique.

On voit donc se dessiner une situation où, finalement, la «dépendance» des associations est à la fois liée à la peur de leurs membres d'être stigmatisés et à leur manque de compétences pour gérer les projets.

4. Conclusion: renouvellement d'une rencontre ou permanence de modes de collaboration?

Le dynamisme des associations de lutte contre le VIH – qui va de leur souci de se professionnaliser à leur volonté d'être des interlocuteurs inévitables des décideurs et programmes d'actions en direction de la maladie – contraste avec la marginalisation des questions posées par la tuberculose. Nous avons en effet très peu d'associations qui – travaillant ou pas sur le sida – intègrent la question de la tuberculose. Ce faisant, le problème de la co-infection tuberculose/VIH ne se retrouve pas dans l'«agenda» des associations qui mènent des actions dans le domaine du VIH. Simultanément, la tuberculose et le sida (comme le paludisme) ont des représentants dans l'instance qui, au Cameroun et au Sénégal, coordonne les demandes de financement adressées au Fonds mondial et suit leurs activités. Mais, là aussi, la présence de représentants de ces deux maladies (un pour la tuberculose contre quatre pour le sida) ne permet pas une prise en compte des questions posées par la co-infection dans les projets déposés relatifs au sida et à la tuberculose. Et là, la faiblesse du secteur associatif en matière de tuberculose, et donc de co-infection, fait écho à l'inégale prise en compte de la co-infection dans les projets soumis par la lutte contre le sida (CNLS ou DLSI) au regard de ceux présentés par les Programmes de lutte contre la tuberculose. Par exemple au Cameroun, et pour les Rounds 8 et 9 du Fonds mondial, les premiers ne font quasiment pas référence à la tuberculose alors que ceux de la tuberculose mentionnent régulièrement les problèmes posés par la co-infection.

Ce constat ne nous éloigne pas de la question de la prise en compte de la co-infection par les associations. En effet, une même explication vaut pour les deux situations (peu ou pas d'actions

associatives en direction de la tuberculose; un faible focus des demandes de financement sida sur la tuberculose): une forme de marginalisation des questions posées par la tuberculose au vu de celles soulevées par le sida, ce qui affecte directement la prise en compte de la coinfection. Et la boucle se referme sur elle-même: les associations voyant (au travers du Programme de lutte contre le sida – voir ce qui se passe au CCM –, mais aussi au travers du programme de lutte contre la tuberculose, bien moins doté financièrement que le précédent et, au-delà, auprès de la plupart des bailleurs) que les actions en direction de la tuberculose sont difficilement finançables hésitent à investir ce domaine.

De ce point de vue, dans ses évolutions effectives (autonomisation, professionnalisation, connexion à des réseaux internationaux), la société civile demeure d'une certaine façon à l'image des institutions officielles: elle a des difficultés à prendre en compte la coinfection ou en faire une de ses priorités, ceci étant lié à la difficulté à hisser au même niveau d'importance (avec ce qui en résulte de visibilité, de financements, d'acceptation du problème...) les actions contre la tuberculose et contre le sida.



Chapitre 12

Vivre avec la tuberculose et le VIH : une enquête quantitative auprès de patients pris en charge au Cameroun



*Marielle AULAGNIER, Sandrine LOUBIERE,
Anne JUILLET, Josiane MBALLA, Antoine SOCPA,
Laurent VIDAL, Christopher KUABAN*

1. Introduction

En 2007, le Cameroun comptait plus de 24 000 personnes souffrant de tuberculose active, soit une prévalence estimée à 195 cas pour 100 000 personnes (UNSD, 2007). Selon les estimations du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), parmi les personnes souffrant de tuberculose, 40 % seraient également infectées par le VIH. Le rapport mondial sur la lutte contre la tuberculose, rendu public en mars 2009, révèle qu'en 2007 un décès par tuberculose sur quatre était lié au VIH, c'est-à-dire une proportion deux fois plus élevée qu'en 2004 (OMS, 2009). Si l'infection à VIH aggrave lourdement le pronostic des personnes atteintes de tuberculose à travers un risque de décès accru et un taux d'échec thérapeutique plus important, il est également reconnu que les sujets infectés par le VIH présentent des risques de développer une tuberculose bien supérieurs aux personnes non infectées par le VIH, dans les pays à forte endémie (Mukadi, 2001 ; Maher, 2005 ; Harries, 2006 ; OMS, 2009). Ces constats mettent en évidence le duo particulièrement meurtrier que forment le VIH et la tuberculose, chacun aggravant et accélérant la progression de l'autre.

La prise en charge conjointe du VIH et de la tuberculose constitue de fait un enjeu majeur de santé publique en Afrique subsaharienne en général, et au Cameroun en particulier. Depuis 2001, le Cameroun s'est engagé dans un vaste programme visant

à faciliter l'accès aux traitements contre le VIH à travers une décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et une réduction considérable du prix des antirétroviraux (ARV) (Eboko, 2001). En mai 2007, la gratuité des ARV s'est ajoutée à celle des traitements prophylactiques par cotrimoxazole (décidée en septembre 2004) et des traitements de la plupart des infections opportunistes, dont la tuberculose (décidée en janvier 2005). Toutefois, malgré une multiplication des incitations des organismes internationaux ces dernières années et la volonté affichée des États d'adopter des stratégies conjointes de lutte contre ces deux pathologies, leurs mises en place conjointes ne va pas sans générer de possibles difficultés.

Au Cameroun, la prise en charge de la tuberculose se heurte encore à de nombreux défis d'ordres institutionnels, structurels et sociaux: au-delà de la coinfection au VIH qui concernerait plus d'un tiers des patients tuberculeux, 90% des patients ont un recours aux soins tardif, le taux de succès des traitements (76% en 2008, Trébucq, 2008) reste inférieur aux normes OMS (85%) (OMS 2009) et le taux de perdus de vue varie entre 11 et 15% chez les patients pris en charge pour leur infection à VIH (Loubière 2009). De plus, la multirésistance aux antituberculeux (isoniazide et rifampicine) est élevée (13,2%) chez les cas à retraiter et les anciens cas, accroissant la mortalité due à la tuberculose dans ce pays (Kuaban, 2000a; Kuaban, 2000b; Ben Amor 2008). Enfin, les phénomènes de discrimination et de stigmatisation associés au VIH et à la tuberculose sont encore fortement présents au Cameroun (De Loenzien, 1996; Ella, 1996; Abé, 2010).

Partant de ces constats, il nous semblait important de conclure cet ouvrage par une analyse des croisements de la prise en charge de la tuberculose et du VIH au Cameroun non seulement du point de vue des décideurs publics et des praticiens, mais également à partir des expériences des patients. L'enquête transversale que nous présentons ci-dessous nous a donné l'opportunité de déterminer les facteurs socio-économiques retardant le diagnostic et la mise sous traitement antituberculeux, et d'évaluer l'impact des paramètres socio-économiques et structurels (tels que la disponibilité des produits, l'éloignement du centre de prise en charge, le coût de l'accès aux soins) sur la prise en charge des

patients tuberculeux et coinfectés au VIH. Plus précisément, il s'agissait de connaître les recours aux soins de ces patients, les contraintes financières et les difficultés rencontrées dans la prise en charge de leur(s) pathologie(s).

2. Méthodologie

Une enquête a donc été réalisée en 2008 auprès de patients tuberculeux pris en charge dans les quatre régions administratives du Littoral, du Centre, du Nord et du Nord-Ouest. Dans chacune de ces régions, la structure sanitaire qui faisait office de CTA/CDT de la principale ville¹ et une structure périphérique faisant office d'UPEC/CDT ont été sélectionnées.

L'enquête s'est déroulée auprès de patients tuberculeux durant un mois (20 novembre au 20 décembre 2008). Tous les patients diagnostiqués tuberculeux, venant pour leur suivi ou hospitalisés dans les structures sélectionnées, ont été interviewés après avoir obtenu leur consentement.

Au total, 1 214 patients ont été enquêtés par des enquêteurs formés. Les questionnaires étaient administrés en face-à-face. Le questionnaire abordait : les caractéristiques socioéconomiques du patient et de son ménage, le recours aux soins pour la prise en charge de la tuberculose, l'histoire de la maladie tuberculeuse, le statut VIH et les dépenses de santé relatives aux soins. La durée de passation du questionnaire variait entre 30 et 45 minutes. Parallèlement, une enquête auprès des responsables des huit structures de soins a été réalisée. Le questionnaire renseignait sur les caractéristiques de l'établissement de santé (nombre de médecins, infirmiers, assistants sociaux, agents de relais communautaires), la file active des patients tuberculeux et/ou séropositifs au VIH et la file active des indigents (tableau 1).

Enfin, des entretiens avec l'ensemble des soignants (médecins, infirmiers, assistants sociaux) et des séries d'observations de leurs pratiques ont également été réalisés. Les thèmes abordés étaient : le parcours professionnel individuel du personnel, le contenu de l'activité quotidienne du soignant et son évolution,

¹ Dans la suite nous parlerons de «structures centrales» par opposition aux «structures périphériques».

Tableau 1: Caractéristiques des structures de prise en charge enquêtées (n=8)

	Niveau de décentralisation de la structure hospitalière		
	Total n=8	Périphérique n=4	Central n=4
	Moyenne [écart type]		
Personnels soignants affectés à la prise en charge de la tuberculose			
Médecins	5,9 [6,6]	2,5 [1,2]	9,3 [8,3]
Infirmiers	15,1 [17,2]	14,0 [16,7]	16,3 [20,2]
Assistants sociales	0,4 [0,5]	0,5 [0,6]	0,3 [0,6]
Personnels soignants affectés à la prise en charge du VIH			
Médecins	5,9 [4,8]	2,8 [1,5]	9,0 [4,9]
Infirmiers	20,5 [21,9]	14,5 [16,7]	26,5 [27,4]
Assistants sociales	1,8 [1,8]	0,8 [0,5]	2,8 [2,2]
Nombre de patients tuberculeux*			
Suivis dans l'établissement	131 [127]	61 [29]	201 [153]
Dépistés	44 [52]	10 [2]	78 [57]
Nombre de patients VIH+*			
Suivis dans l'établissement	981 [1018]	359 [198]	1602 [1162]
Dépistés	71 [69]	35 [15]	109 [86]
Nombre de patients coinfectés suivis*	25 [19]	13 [11]	38 [18]

*: Au cours du mois dernier

le rapport aux patients, la perception de la stigmatisation, le rapport au risque. L'analyse des données quantitatives a été réalisée sous SPSS 17.0. Les principales caractéristiques des patients ont été comparées (selon leur statut TB ou TB/VIH et selon leur statut traité/non traité) à l'aide du test de χ^2 et du test de Fisher pour les variables catégorielles et du test Kruskal-Wallis ou test de Student pour les variables continues (selon qu'elles soient distribuées normalement ou non).

3. Qui sont les personnes tuberculeuses prises en charge au Cameroun ?

Parmi les 1 214 patients enquêtés, 1 013 (83,4%) étaient pris en charge dans une des 4 structures centrales enquêtées et 201 (16,6%) dans une des 4 structures périphériques.

Les personnes ayant participé à l'enquête étaient dans 59,3% des cas des femmes (tableau 2).

La moyenne d'âge de l'échantillon s'élevait à 34,6 ans. Enfin, un tiers des personnes interrogées avait un niveau d'éducation primaire ou inférieur. Parmi les personnes de plus de 15 ans ($n=1197$), 44,7% étaient mariées, 48,4% célibataires et 6,9% veuves ou divorcées et plus d'un quart (28,5%) déclarait ne pas avoir d'activité professionnelle régulière. Le statut social des patients pris en charge dans les structures périphériques était moins élevé que celui des patients consultant dans les structures centrales : leur niveau d'étude était significativement moins élevé et ils travaillaient plus fréquemment dans le secteur informel.

Plus d'un quart des patients (27,0%) était hospitalisé au moment de l'enquête. Dans plus de 75% des cas, les patients ont consulté dans la structure sanitaire de leur ville de résidence et 20% se sont rendus dans une autre ville pour la prise en charge de leur tuberculose. Par ailleurs, plus d'un patient sur dix a consulté en dehors de sa ville de résidence malgré la présence d'une structure de prise en charge à proximité et ce phénomène est encore plus fréquent en cas de coinfection au VIH (13,8% vs 8,8%; $p<0,01$). Les principaux motifs évoqués par les patients ne consultant pas dans l'établissement de leur ville étaient « la mauvaise qualité des soins prodigués », « le manque de confiance dans l'établissement », « le fait d'avoir été adressé dans

Tableau 2: Caractéristiques socioéconomiques des patients (n=1 214)

Variables	Niveau de décentralisation de la structure hospitalière			p
	Total des patients n=1214	Périphérique n=201	Central n=1013	
	% ou moyenne			
Femmes	59,3%	60,7%	59,0%	ns
Age en années – moyenne [écart type]	34,6 [12,6]	34,9 [13,2]	34,5 [12,5]	ns
Situation maritale*				
Célibataire	48,4%	39,9%	50,0%	<0,01
Marié	44,7%	50,3%	43,6%	
Divorcé	3,4%	7,0%	2,7%	
Veuf(ve)	3,5%	2,6%	3,7%	
Niveau scolaire				
Non scolarisé	9,7%	14,6%	8,8%	<0,001
Primaire	24,8%	32,2%	23,5%	
Secondaire ou supérieur	65,0%	53,2%	67,7%	
Sans activité professionnelle régulière*	28,5%	21,1%	29,9%	<0,01
Cotisation à une mutuelle de santé*	5,2%	8,5%	4,5%	<0,05
Patient membre d'une association	38,9%	47,7%	37,2%	<0,005
Reçoit une aide financière d'une association	17,0%	23,1%	15,8%	<0,01
Reçoit une aide de la famille	64,9%	63,5%	65,2%	ns
Composition du ménage				
Nb enfants moyenne [écart type]	2,4 [2,4]	2,6 [2,7]	2,4 [2,3]	ns
Nb adultes moyenne [écart type]	3,0 [2,3]	3,1 [2,3]	3,0 [2,3]	ns

* Chez les personnes de plus de 15 ans (n=1197) – ns: non significatif – *Mutuelle de santé personnelle ou celle de parents

Tableau 3: Prise en charge de la tuberculose (n=1 214)

Variables	Niveau de décentralisation de la structure hospitalière			
	Total n=1214	Périphérique n=201	Central n=1013	p
	% ou médiane			
Durée du trajet entre le domicile et la structure hospitalière (en min) <i>médiane [IIQ] (n=1188)</i>	30 [15-60]	45 [15-45]	30 [20-120]	<0,001
Délai (en jours) entre les 1^{ers} symptômes et l'établissement du diagnostic <i>médiane [IIQ] (n=962)</i>	58 [30-120]	60 [30-150]	53 [30-112]	ns
Patients sous traitement anti tuberculeux	91,4%	90,4%	92,7%	ns
Durée du traitement antituberculeux <i>médiane [IIQ] (n=1109)</i>	90 [30-150]	90 [30-150]	90 [30-180]	ns
Traitement reçu le jour du diagnostic	85,4%	95,5%	83,4%	<0,001
Patients hospitalisés actuellement pour la TB	27,0%	28,5%	27,3%	ns
Patients dépistés pour le VIH	87,3%	86,6%	87,7%	ns
Séropositivité à VIH				
Inconnu*	19,7%	22,6%	19,3%	<0,001
VIH-	54,8%	36,4%	58,9%	
VIH+	24,6%	41,0%	21,7%	

* Pas de test ou résultats du test encore inconnus – IIQ = intervalle interquartile – ns: non significatif

cette structure». «La recherche de l'anonymat» était évoquée significativement plus souvent par les patients coinfectés (9,8%) que par les patients non coinfectés (3,7%; $p < 0,05$).

La durée médiane du trajet des patients depuis leur domicile à leur établissement de prise en charge était de 30 minutes. Elle s'élevait à 45 minutes pour les patients se rendant dans des structures périphériques ($p < 0,001$) (tableau 3).

4. Quelle prise en charge pour les patients tuberculeux?

4.a. *Du diagnostic de la tuberculose...*

Le délai entre les premiers symptômes ressentis par le patient et l'établissement du diagnostic de la tuberculose s'élevait à deux mois ou plus pour la moitié des patients interrogés² (tableau 3). Ce délai augmentait significativement avec l'âge des patients et était fortement associé au niveau d'étude (les patients de faible niveau d'étude présentant un délai moyen supérieur à celui des patients ayant un niveau d'éducation plus élevé) (tableau 4). Si le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic ne semblait pas associé à la structure de prise en charge (centrale ou périphérique), les résultats de l'enquête montrent toutefois des délais plus importants pour les patients ayant déclaré avoir consulté d'autres établissements pour la prise en charge de la tuberculose. Enfin, bien que les différences ne soient pas significatives, on observe un délai moyen de diagnostic légèrement supérieur chez les patients coinfectés au VIH (tableau 4).

² Cette information était disponible pour 962 patients (soit 79% de l'échantillon).

Tableau 4: Facteurs associés au délai entre les 1^{ers} symptômes et le diagnostic de la tuberculose – analyse univariée (n=962)

	n	Moy*	p
Sexe			
Hommes	375	131	ns
Femmes	587	138	
Âge			
Moins de 30 ans	395	97	<0,01
30-40 ans	273	135	
40 ans ou plus	294	187	
Niveau d'éducation			
Non scolarisé ou primaire	354	167	<0,05
Secondaire ou supérieur	608	117	
Coinfection TB/VIH			
Non, Nsp	716	134	ns
Oui	246	142	
Type d'établissement de prise en charge			
Central	776	129	<0,5
Périphérique	186	164	
A consulté ailleurs pour la tuberculose			
Oui	317	173	<0,05
Non	631	116	
Nsp	14	171	

Nsp: ne sait pas – ns: non significatif – * Moyenne (en jours)

4.b. ...au dépistage du VIH

Selon l'étude, 87,3% des patients ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage du VIH (tableau 3). Les femmes ont réalisé ce test moins fréquemment que les hommes ainsi que les patients ayant un faible niveau d'étude. La pratique du test du VIH était également dépendante de l'âge du patient (tableau 5).

Tableau 5: Facteurs associés à la pratique d'un test de dépistage du VIH – analyse univariée (n=1211)

	n	%	p
Sexe			
Femmes	719	84,1 %	<0,001
Hommes	492	92,5 %	
Âge			
Moins de 30 ans	498	86,9 %	<0,01
30-40 ans	346	92,5 %	
40 ans ou plus	367	83,7 %	
Niveau scolaire			
Non scolarisé, primaire	423	82,7 %	<0,001
Secondaire ou supérieur	788	90,1 %	
Délai depuis le diagnostic de la TB			
Moins de 30 jours	248	80,2 %	<0,001
30 jours ou plus	960	89,5 %	

Le type de structure de prise en charge (central ou périphérique) ainsi que la qualité de l'accueil³ dans la structure n'étaient pas associés à la pratique du dépistage chez les patients tuberculeux. Ceci étant, l'étude qualitative montre que la stratégie de dépistage du VIH diffère d'une structure à une autre. Le test du VIH serait davantage imposé dans les structures sanitaires du niveau central que dans celles du niveau périphérique. Par ailleurs, l'étude qualitative révèle (voir chapitre 10) que le test VIH peut être prescrit et réalisé à l'insu du patient, et ce quel que soit le type de structure sanitaire. Cette donnée peut expliquer en partie l'ignorance du statut sérologique observé chez 19,7% des patients interrogés (tableau 3).

Parmi les patients tuberculeux, 24,6% ont déclaré être séropositifs au VIH. Les patients coinfectés étaient plus fré-

³ Il s'agit de la qualité de l'accueil ressentie par le patient. Trois questions étaient posées: «Comment avez-vous été accueilli à l'entrée dans l'établissement?», «Comment avez-vous été reçu par le médecin?», «Comment avez-vous été reçu par les infirmiers? (Réponses possibles: bien, assez bien, mal).

quement des hommes (33,5% vs 19,0%, $p < 0,001$) alors que les femmes déclaraient plus fréquemment un statut sérologique inconnu (24,6% vs 12,9%, $p < 0,001$); la coinfection était plus fréquente chez les sujets âgés de 30 à 50 ans par rapport aux plus jeunes.

Les patients coinfectés étaient significativement plus nombreux dans les structures périphériques que dans les structures centrales (41,0% vs 21,7%; $p < 0,01$); il en était de même pour les patients de statut inconnu, plus nombreux dans les structures périphériques (22,6% vs 19,3%), quoique cette différence ne soit pas significative (tableau 3).

Enfin, pour 27% des patients coinfectés les prises en charge de la tuberculose et du VIH n'étaient pas réalisées dans les mêmes structures. Ceci était plus fréquent encore pour les sujets fréquentant les centres urbains (32,2% vs 10,7%, $p < 0,001$).

4.c. La prise en charge des patients tuberculeux et/ou coinfectés

Une très large majorité (91,4%) des patients était sous traitements antituberculeux au moment de l'enquête et, pour plus de 85% d'entre eux, le traitement a été reçu dans le jour suivant le diagnostic de tuberculose. La durée médiane du traitement antituberculeux était de 90 jours au moment de l'enquête (tableau 3).

Les patients de statut VIH inconnu étaient significativement moins sous traitement antituberculeux que les patients ayant connaissance de leur statut VIH (16,1% vs 5%; $p < 0,001$). Il est probable que ces patients aient été pris en charge très récemment et qu'ils n'aient pas encore reçu le protocole recommandé pour le traitement de leur maladie tuberculeuse.

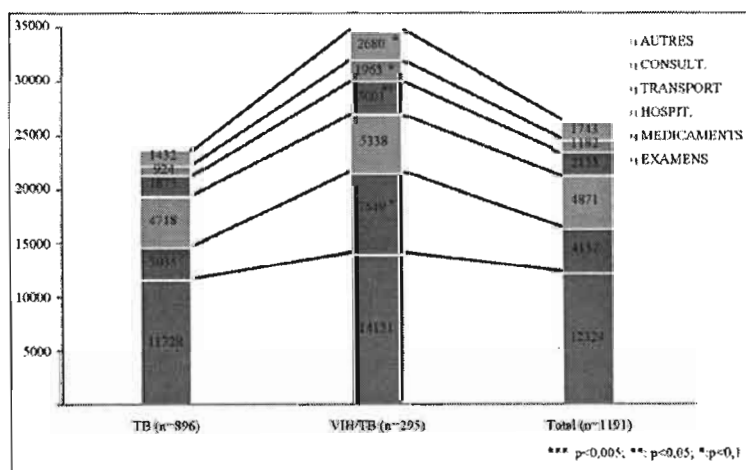
Parmi les patients coinfectés, plus de 63,2% étaient sous ARV et 65,2% recevaient le cotrimoxazole. Les patients dont la prise en charge du VIH et de la tuberculose était effectuée dans le même établissement recevaient plus fréquemment les traitements (72,9% recevaient les ARV et 75,7% le cotrimoxazole) que ceux ayant une prise en charge séparée (42,9% étaient sous ARV et/ou cotrimoxazole). Enfin, la mise sous cotrimoxazole était significativement plus fréquente pour les patients pris en charge dans les structures périphériques que pour les patients fréquentant les structures centrales (77,2% vs 62,0%, $p < 0,01$).

5. Les dépenses de santé des patients tuberculeux

Les dépenses totales de santé s'élevaient en moyenne à 26250 FCFA par mois pour les patients. Les frais d'examen constituaient les dépenses les plus lourdes (47% des dépenses totales), suivies des dépenses liées au frais d'hospitalisation (18,7%), puis de médicaments (15,9%). L'étude révèle que ces dépenses de santé représentaient plus d'un quart des dépenses totales mensuelles pour plus de la moitié des ménages⁴. Notons que dans l'ensemble de l'échantillon, 54,8% des patients ont déclaré recevoir une aide de la famille pour payer les frais de santé et 17% une aide financière d'une association (tableau 2).

Les patients coinfectés présentaient des dépenses significativement plus élevées que les patients non infectés au VIH (+32%; $p<0,001$). En particulier, les dépenses de médicaments et de consultations étaient plus de deux fois supérieures à celles des patients tuberculeux uniquement ($p<0,05$ et $p<0,10$, respectivement) et les dépenses de transport 1,6 fois plus importantes ($p<0,001$) (graphique I).

Graphique 1: Dépenses de santé mensuelles moyennes (en FCFA) déclarées par les patients (n =1191)



⁴ Ces données ne concernent que les patients ayant déclaré être chef de ménage (n=619).

Enfin, si les dépenses totales de santé ne diffèrent pas selon la structure de prise en charge, on constate par contre des différences significatives selon les catégories de dépenses. Ainsi, les dépenses déclarées pour les examens étaient significativement plus importantes pour les patients pris en charge dans les structures centrales ($p < 0,001$). Inversement, les dépenses de transport et des consultations étaient supérieures pour les patients pris en charge dans les structures périphériques ($p < 0,001$). En revanche, aucune différence significative n'était observée pour le poste de dépenses en médicaments et pour les hospitalisations.

6. Discussion

Cette enquête transversale auprès de patients tuberculeux pris en charge dans des structures de santé au Cameroun est à notre connaissance l'une des premières de ce type en Afrique subsaharienne. Celle-ci a permis de connaître les recours aux soins des personnes souffrant de tuberculose au Cameroun et d'identifier les difficultés et obstacles rencontrés dans cette prise en charge. Nous les récapitulons ci-dessous.

6.a. Des délais entre symptômes et diagnostic de la tuberculose encore importants pour une majorité des personnes : des obstacles individuels aux facteurs structurels...

Il est reconnu que la mise en route aussi précoce que possible du traitement antituberculeux chez les patients a un impact majeur sur le taux de guérison et sur la réduction de la transmission de la tuberculose dans la communauté. Or notre étude montre que les délais de diagnostic de la tuberculose sont encore importants au Cameroun (supérieurs à deux mois, depuis l'apparition des premiers symptômes pour une majorité des patients). Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans la plupart des études réalisées dans les pays à ressources limitées qui rapportent un délai moyen de diagnostic variant entre 60 et 90 jours. Ces délais peuvent s'expliquer par des facteurs individuels (on parle alors de «délai-patient»⁵) mais également

⁵ Délai entre l'apparition des symptômes et le recours aux soins du patient.

par des facteurs structurels («délai-professionnel de soins»⁶). Dans notre étude, l'âge élevé et le faible niveau d'éducation sont corrélés à un recours aux soins tardif ce qui peut suggérer une plus grande vulnérabilité de ces catégories de population dans la prise en charge de la tuberculose.

Par ailleurs, l'enquête révèle qu'un tiers des patients a consulté dans plusieurs établissements pour la prise en charge de leur tuberculose. Ces recours multiples – que confirme l'approche anthropologique – sont corrélés à des délais de diagnostic plus importants et sont plus fréquents chez les patients coinfectés. Il est possible que des difficultés dans l'organisation optimale de la prise en charge de la tuberculose chez les patients coinfectés par le VIH aient pu augmenter les délais de diagnostic de la tuberculose (Ainsworth 2003). Ainsi, le retard dans le diagnostic de la tuberculose chez les patients coinfectés peut être dû au degré d'intégration des services de prise en charge du VIH et de la tuberculose dans une formation sanitaire comme nous le montrons au chapitre 7. En effet, dans les formations sanitaires où les services de prise en charge du VIH et de la tuberculose sont distincts et distants, certains patients reçus dans le service de prise en charge du VIH se présentent tardivement dans celui de la tuberculose, et vice-versa. Ainsi dans les hôpitaux Laquintinie de Douala et régional de Garoua, ou encore à l'UPEC de Guider, où la prise en charge (dépistage, mise sous traitement et suivi du patient) de l'une ou l'autre pathologie se fait dans des services spécialisés distincts, les personnels de santé attestent que la prise en charge *simultanée* des deux pathologies n'est pas aisée. Les patients peuvent être pris en charge pour l'une de ces pathologies pendant plusieurs mois dans des structures où les soignants n'obligent pas les patients à se faire traiter pour les deux pathologies. Comme le déclare un infirmier qui traite la tuberculose :

En ce qui me concerne, je prends du temps avant de proposer le dépistage du VIH aux patients tuberculeux. Je leur laisse le temps de digérer le diagnostic de la tuberculose. Parce que si tu lui annonces d'abord qu'il a la tuberculose et après qu'il a le

⁶ Délai entre l'arrivée du patient dans la structure de soins et l'établissement du diagnostic.

VIH, c'est très difficile à supporter. Il faut quand même se mettre à la place des patients.

Cette difficulté à laquelle sont confrontés les soignants pour prendre en charge la coinfection se résorbe avec la gravité de la maladie. En effet, la prise en charge de la coinfection serait ainsi plus « aisée » chez les patients grabataires. Rappelons dans le même ordre d'idées que, dans notre étude, 27 % des patients ne sont pas suivis dans la même structure pour la tuberculose et le VIH.

Une autre explication peut tenir dans la représentation que se fait une personne séropositive de la tuberculose. Face à une « maladie de la honte », une « maladie de la mort » qu'est le sida, la tuberculose peut apparaître pour certains patients VIH comme une pathologie mineure (Tantchou, 2007). Cette priorisation entre les deux maladies peut amener à différer pour certains patients VIH⁺ la réalisation du test de dépistage de la tuberculose. De même, les patients qui n'établissent pas de lien direct entre l'infection à VIH et la tuberculose retardent inévitablement la prise en charge de l'une ou l'autre de ces pathologies.

Il existe enfin une troisième forme de délai – le « délai-pécuniaire » – qui pourrait être associé au délai-patient et se confondre (à tort dans certaines situations) au délai-professionnel. Si la gratuité existe dans la prise en charge de la tuberculose, elle se limite exclusivement aux médicaments antituberculeux. Ainsi, lorsqu'un médecin suspecte une tuberculose chez un patient, ce dernier doit payer pour la réalisation du diagnostic. Le seul examen conforme au « protocole de santé publique » recommandé par le PNLT est l'examen de crachat. Cependant les médecins adoptent très souvent un protocole plus lourd qui leur permet d'établir un diagnostic de certitude de la tuberculose (crachats, radiographie pulmonaire). Ainsi, suivant la démarche retenue par le médecin, le patient peut être amené à déboursier entre 1 600 FCFA (incluant : 600 FCFA de frais de consultation et 1 000 FCFA pour 3 examens de crachats) et 17 000 FCFA, notamment lorsque le malade a d'autres problèmes générant d'autres dépenses mais qui ne sont pas strictement liées au diagnostic de la tuberculose. Face à cette dépense, « certains patients doivent choisir entre payer la somme requise et ne pas pouvoir payer le

trajet du retour, ou retourner chez eux afin de réunir la somme nécessaire» (Tantchou, 2007) et donc retarder la réalisation du diagnostic à leur prochaine visite à la formation sanitaire.

Par ailleurs, il est également important d'établir une corrélation entre le délai de diagnostic et la forme de tuberculose. En effet, si le «délai-professionnel» du diagnostic peut être relativement court (deux ou trois jours) pour un cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, il n'en est pas de même pour les formes de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et les tuberculoses extra pulmonaires qui sont par nature plus difficiles à diagnostiquer. Ces deux dernières formes de tuberculoses sont plus fréquentes chez les patients également infectées par le VIH, chez qui les crachats restent fortement négatifs et les images radiographiques atypiques et donc peu évocatrices de la tuberculose (Getahun *et al.*, 2007).

Enfin, l'enquête semble mettre en évidence des délais de diagnostic légèrement plus élevés dans les structures périphériques par rapport aux structures centrales. Là encore, ces résultats peuvent s'expliquer en partie par les difficultés plus importantes que rencontrent ces structures dans la prise en charge de la tuberculose et en particulier le diagnostic. D'une part, des problèmes de ruptures presque régulières de stocks de médicaments et de réactifs pour le dépistage de la tuberculose dans les CDT au Cameroun ont été mis en évidence lors d'une enquête réalisée en 2007 (Vidal, 2008) ainsi qu'une mauvaise qualité des consommables, soulignée dans deux enquêtes menées également au Cameroun (Vidal, 2008; Trébucq, 2006). D'autre part, il est reconnu que les pays à ressources limitées font face à des pénuries importantes de personnels soignants qualifiés (médecins, infirmiers, assistants sociaux...) et ceci plus particulièrement dans les zones rurales et dans celles éloignées des grands centres urbains (OMS, 2006). Le manque de personnel limite l'accès aux soins et peut avoir un impact non négligeable sur la qualité des soins. Le Cameroun n'échappe malheureusement pas à ce phénomène (Boyer, 2010).

6.b. Des dépenses de santé encore élevées

Malgré la gratuité des traitements et la plupart du temps de l'hospitalisation⁷, les patients doivent faire face à d'autres dépenses de santé: payer pour les examens, les médicaments (autres que les antituberculeux), les consultations, le transport et parfois l'hospitalisation et le retraitement⁸. Il arrive qu'ils doivent également s'acquitter de frais de dossier qui peuvent s'élever jusqu'à 2 000 FCFA dans certain CDT (Tantchou, 2007).

Dans l'enquête, les dépenses totales de santé s'élevaient en moyenne à 26 250 FCFA par mois pour les patients, soit plus d'un quart des dépenses totales du ménage pour la moitié des patients⁹. Ces dépenses étaient significativement plus élevées pour les patients coinfectés (34 448 FCFA en moyenne/mois), ainsi que pour les patients hospitalisés au moment de l'enquête (54 272 FCFA en moyenne/mois). En effet, le malade tuberculeux, en dehors des dépenses standardisées, doit faire face à d'autres frais non liés à sa tuberculose, mais à des problèmes pouvant survenir durant celle-ci.

D'après l'OMS, la tuberculose est une maladie génératrice de pauvreté parce qu'elle conduit à l'absentéisme aux postes de travail ou à l'école du fait de son traitement de longue durée (OMS, 2009). Il est estimé que la tuberculose est responsable de la baisse de 1 % du PIB au Cameroun (PNUD, 2010). Notre étude ne nous permet pas d'évaluer les répercussions de la tuberculose sur l'activité professionnelle du patient. Toutefois, nous savons que presque un tiers des patients n'a pas d'activité professionnelle régulière au moment de l'enquête, alors même que plus de 80 % sont âgés entre 20 et 50 ans, c'est-à-dire dans la force productrice du pays. Pour une majorité d'entre

⁷ Rappelons qu'officiellement il n'y a pas de frais d'hospitalisation dans les structures publiques, sauf à l'hôpital Jamot (une des 4 structures centrales enquêtées) et dans les structures confessionnelles (soit 2 des 4 structures périphériques dans l'enquête) où les frais d'hospitalisation sont modestes (250 FCFA/nuit soit 0,35 euro).

⁸ Le traitement antituberculeux est effectivement gratuit pendant 14 mois (6 mois de traitement, suivis de 8 mois si la guérison n'est pas obtenue). Pour les patients présentant des résistances au-delà du 14^e mois, un autre traitement est prescrit pour 21 mois, à la charge du patient (OMS 2009).

⁹ Ces données ne concernent que les patients ayant déclaré être chef de ménage (n=619).

eux, l'activité exercée, quoique génératrice de revenus, ne leur permet pas de payer la totalité des dépenses de santé. Par ailleurs, en l'absence de système de protection sociale généralisé au Cameroun – 5,2 % des patients seulement ont déclaré bénéficier d'une sécurité sociale¹⁰ – une majorité des patients tuberculeux (coinfectés ou non) sollicitent l'aide de tiers pour assurer leurs dépenses de santé. Face au caractère chronique du VIH et à la durée importante des traitements antituberculeux, on peut s'interroger sur la pérennité d'une telle aide, le plus souvent de nature familiale, et les recours dont disposent les patients pour pouvoir assurer la prise en charge de leur(s) maladie(s) au quotidien. Ces questions avaient déjà été soulevées dans le cas de la prise en charge du VIH en Côte d'Ivoire (Juillet *et al.*, 2001) et au Cameroun (Boyer *et al.*, 2009; Loubière *et al.*, 2009), mais elles se posent également dans le cas de la tuberculose et de manière encore plus criante dans le cas de la coinfection. Ces charges financières représentent des risques d'interruption de traitements et donc des risques d'échecs thérapeutiques, de rechutes de tuberculose et de développement de résistances aux traitements ARV comme aux traitements antituberculeux, déjà fortement présents en Afrique subsaharienne et au Cameroun (Kuaban *et al.*, 1998; Kuaban *et al.*, 2000b; Ben Amor *et al.*, 2008).

Il convient toutefois de souligner que certains postes de dépenses de santé sont moins importants pour les patients pris en charge dans les services décentralisés par rapport à ceux suivis dans les services centraux dans lesquels les patients ont plus fréquemment à entreprendre des dépenses pour l'examen de crachat, l'examen radiographique et même pour le test du VIH (dont le coût est de l'ordre de 7 000 FCFA dans un laboratoire privé). En revanche, les patients pris en charge dans les structures périphériques font face plus fréquemment à des dépenses de transport, frais de restauration, frais d'hébergement¹¹. Toutefois, malgré ces dépenses supplémentaires, les dépenses totales de santé des patients pris en charge dans les

¹⁰ Assurance personnelle ou celle des parents.

¹¹ C'est ce qui justifie, en partie, le fait que les patients des structures périphériques reçoivent très souvent une dotation de deux à trois mois de traitements pour palier la difficulté d'accès (distance) à la structure de soins.

structures périphériques ne sont pas plus élevées que dans les structures centrales. Ce résultat souligne le rôle positif joué par la décentralisation dans l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique des soins et des traitements, en particulier pour les patients coinfectés qui disposent ainsi plus fréquemment d'une prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH dans un seul et même établissement. Mais ces chiffres illustrent aussi le fait qu'étant moins spécialisées et équipées que les structures du niveau central, les structures périphériques ont inévitablement des prestations moins onéreuses.

6.c. La stigmatisation comme cofacteur explicatif de la démarche de recours aux soins

Il est reconnu que les personnes infectées par le VIH et/ou la tuberculose souffrent fréquemment de stigmatisation ou d'attitudes discriminatoires pouvant avoir un impact non négligeable en termes de recours aux soins (délai tardif,...), de comportements de prévention (dénier de la maladie) ou d'observance aux traitements (Mac *et al.*, 2006; Van Rie *et al.*, 2008; Harries *et al.*, 2009; Abé, 2010). L'enquête a suggéré ces phénomènes à travers les comportements de recours aux soins en dehors de la ville de résidence pour plus d'un patient sur dix, malgré la présence d'une structure de prise en charge à proximité; phénomène encore plus fréquent lorsque les patients sont coinfectés. Ceci étant, ce type de démarche peut aussi trouver une partie de son explication dans le fait que la décentralisation est récente et que les patients ont gardé l'habitude de se rendre dans certaines structures centrales.

Enfin, ces phénomènes de stigmatisation peuvent être illustrés à travers l'instabilité démontrée des patients quant à la fréquentation des structures sanitaires. Ces comportements se révèlent très souvent être un moyen pour les patients de dissimuler leur statut sérologique et ce même au médecin qu'ils consultent pour la prise en charge de la tuberculose (Abé, 2010).

6.d. Le cas de la coinfection: du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux...

L'OMS recommande la systématisation du dépistage du VIH pour les patients présentant une tuberculose active; ceci

à travers la proposition de test et de conseils sur le VIH dans les structures de prise en charge de la tuberculose ou l'établissement d'une collaboration étroite entre les services de prise en charge de la tuberculose et ceux du VIH (OMS, 2005, 2008, 2009). D'après les résultats de notre enquête, le Cameroun semble avoir fait des progrès importants dans ce sens, dans la mesure où plus de 80% des patients enquêtés avaient connaissance de leur statut sérologique au moment de l'enquête; résultats très supérieurs à ceux avancés par l'OMS qui estimait qu'un peu plus d'un tiers des cas notifiés de tuberculose en Afrique avait connaissance de leur statut sérologique en 2007 (OMS, 2009). Malheureusement, l'enquête ne permet pas de savoir si le centre de prise en charge de la tuberculose est à l'origine ou non du dépistage.

Selon la littérature internationale, la prévalence du VIH chez les malades de la tuberculose en Afrique s'élève en moyenne à 38% et pourrait même aller jusqu'à 75% dans certains pays à forte prévalence du VIH (Afrique du sud, Malawi, Botswana...). Dans notre étude, cette prévalence était estimée à 24,6%. Mais il est probable que celle-ci soit sous estimée dans la mesure où, d'une part, il s'agit de données déclaratives et, d'autre part, 19,7% des patients interrogés ne connaissaient pas leur statut sérologique.

Enfin, force est de constater qu'il existe une séroprévalence au VIH très supérieure chez les sujets pris en charge dans les structures périphériques (41%) par rapport aux sujets pris en charge dans les structures centrales (21,7%). Plusieurs faits peuvent expliquer cet écart. Tout d'abord le taux de séroprévalence élevé est très probablement fonction du taux d'acceptation du dépistage du VIH observé chez les patients interviewés dans ces différentes formations sanitaires. D'autre part, le dépistage du VIH est très souvent réalisé à l'insu du patient. Le résultat du test, s'il est reporté dans le carnet du patient (dans un langage codé, nous l'avons vu¹² à l'attention des collègues qui prendront éventuellement le relais de la prise en charge du patient pour l'infection à VIH s'il s'avère séropositif¹³), n'est pas toujours

¹² ID=immuno déprimé, LAV+ ou encore SERO LAV+.

¹³ Principalement ici dans les structures où la division des tâches est bien établie entre les services de prise en charge du VIH et de la tuberculose.

délivré ou rendu au patient lui-même. À ce titre, au cours des entretiens qualitatifs menés notamment à Douala et évoqué précédemment, nous avons constaté que certains patients qui déclaraient ignorer leur statut sérologique avaient très souvent l'une de ces inscriptions codées dans leur carnet.

6.e. ...à la prise en charge des patients coinfectés

Alors que l'on s'attendait à voir plus de femmes touchées que d'hommes il s'est avéré que les patients coinfectés étaient plus fréquemment des hommes; les femmes déclaraient plus souvent, quant à elles, un statut sérologique inconnu. Là encore, il est possible qu'un biais de déclaration important existe face aux difficultés des femmes à révéler leur statut sérologique (Loubière, 2009).

Les analyses montrent que six patients coinfectés sur dix recevaient le cotrimoxazole au moment de l'enquête. Si cette proportion semble supérieure aux résultats retrouvés dans d'autres études elle reste encore loin de la systématisation recommandée par l'OMS (OMS, 2009). Cela peut s'expliquer en partie par des cas de ruptures d'approvisionnement fréquents dans les structures de prise en charge.

L'enquête qualitative montre par ailleurs que, lors des périodes de ruptures des dotations gratuites de cotrimoxazole, les patients sont tenus d'acheter ce médicament dans les pharmacies des CDT-CTA/UPEC à un prix considéré accessible (200 FCFA environ pour une cure d'un mois). Il existe également un défaut d'information sur la durée du traitement: certains patients arrêtent la cure du cotrimoxazole après le premier mois, n'ayant pas compris la nécessité de la poursuivre pendant plusieurs mois jusqu'à l'avis contraire du médecin traitant.

Par ailleurs, force est de constater que pour près d'un tiers des patients coinfectés la prise en charge de la tuberculose et celle du VIH ne sont pas réalisées dans les mêmes structures. Ce résultat souligne les difficultés que peuvent rencontrer les patients dans la gestion de leurs maladies (multiplication des consultations, des transports, manque de communication entre les professionnels....) et révèlent la nécessité d'améliorer la prise en charge croisée de ces deux pathologies pour les patients n'ayant pas accès à une structure unique de prise en charge.

7. Conclusion

Cette enquête a mis en évidence le rôle positif joué par la décentralisation dans l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique des soins et des traitements, en particulier pour les patients coinfectés. Elle souligne toutefois la persistance d'obstacles et d'inégalités socio-économiques d'accès aux soins pour certains groupes de populations tels que les femmes, les personnes de faible niveau d'éducation et les personnes âgées et elle met en évidence la nécessité pour le Cameroun de poursuivre ses efforts pour une prise en charge conjointe et de qualité de la coinfection VIH/tuberculose.

Au vu du nombre croissant de patients à prendre en charge, cette synergie entre les équipes de soins VIH et tuberculose est plus que primordiale. Pour ce faire, il semble indispensable, d'une part, que la politique de gratuité des traitements et hospitalisation des tuberculeux soit réellement appliquée et que le Cameroun s'investisse même au-delà de cette politique, par l'intermédiaire de nouveaux mécanismes de financements ou de réformes du système sanitaire, afin de réduire encore les dépenses à la charge des patients et donc de diminuer les risques d'appauvrissement des ménages et/ou de ruptures de soins encore fréquentes; et d'autre part, que les efforts soient maintenus pour limiter les obstacles structurels identifiés (ruptures d'intrants, sous dotation en ressources humaines, manque de formation et/ou démotivation des ressources humaines, manque de communication...) limitant l'accès et la qualité des soins.

Enfin, il convient de poursuivre les activités préventives en matière de lutte contre le VIH et la tuberculose au Cameroun, en adaptant en particulier les messages de sensibilisation aux groupes les plus vulnérables et en luttant contre la stigmatisation et les discriminations en matière de VIH et de tuberculose: il s'agit d'un facteur important en faveur de l'acceptation des tests de dépistage et du recours aux soins.



Conclusion

QUELS APPORTS DES SCIENCES SOCIALES À UNE PRÉOCCUPATION DE SANTÉ PUBLIQUE?

Laurent VIDAL et Christopher KUABAN



1. Cadres d'une réflexion

Aujourd'hui, les relations entre les sciences sociales et les sciences de la santé s'inscrivent de plus en plus dans une logique de collaboration. Pour les sciences sociales en effet, la prise en charge curative et préventive des maladies dépend en partie de déterminants socioculturels et structurels, individuels comme collectifs. Ainsi, la socioanthropologie de la santé estime que les questions de fonctionnement des systèmes de santé, les pratiques des professionnels de santé et les choix de recours thérapeutiques modèlent grandement le rapport à la santé des individus. Et comme le souligne Michel Foucault « la maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intérieur d'une culture qui la reconnaît comme telle » (2002, p. 71). La maladie a un statut et une fonction à l'intérieur du groupe social. Nombreux sont aujourd'hui les spécialistes de la biomédecine qui n'hésitent pas à prêter une oreille attentive à leurs collègues des sciences sociales à travers des cadres de coopération et de concertation communs. Il est donc possible, aujourd'hui, de pratiquer les sciences sociales dans la médecine et en retour de développer les sciences sociales de la médecine.

Les sciences sociales en général et l'anthropologie de la santé se doivent de travailler « au cœur de la médecine », c'est-à-dire sur sa pratique et ses représentations dans leurs aspects les plus spécifiques (Vidal, 2008). L'amélioration de la santé des populations ne requiert plus seulement l'expertise de la biomédecine, mais également celle des sciences comportementales et sociales. Cette intervention des sciences sociales dans le domaine de la santé a une histoire. En effet, au cours de la mise en œuvre des activités de santé internationale dans les années d'après la Deuxième Guerre mondiale, les responsables des programmes sanitaires s'appuyaient sur deux présupposés. D'une part, ils pensaient que les pratiques et les institutions médicales occidentales étaient les meilleures et qu'elles pouvaient fonctionner partout dans le monde, d'où le transfert massif de la technologie médicale occidentale vers les colonies et autres parties du monde sous-développé. D'autre part, ces responsables des programmes de santé pensaient que les populations des pays « en voie de développement » accepteraient et adopteraient

sans hésitation la médecine occidentale pour ses prouesses et ses avantages.

Malheureusement, les choses n'étaient pas aussi aisées qu'on le pensait et de nombreux projets mis en place n'apportaient pas les résultats escomptés. Tirant les leçons de cet échec, de nombreux spécialistes de la santé internationale commencèrent à penser que la conception et la mise en œuvre des programmes de santé requièrent une compréhension et une connaissance approfondies des conditions sociales, culturelles, économiques et psychologiques des populations devant en bénéficier (Pillsbury *et al.*, 1991): les sciences sociales en général et l'anthropologie en particulier visent donc à décrypter les faisceaux de relations entre les patients, leur environnement et les professionnels de soins (Wandscheer, 2009).

De ce point de vue, fruit de trois années de recherche de terrain, le présent ouvrage est la traduction en acte de la volonté d'une équipe multidisciplinaire d'anthropologues, d'historiens, d'économiste et de spécialistes de santé publique, d'appréhender le lien entre tuberculose et VIH comme une question sociale et non uniquement médicale. Les deux maladies sont considérées et étudiées non comme des pathologies séparées, mais conjointes, c'est-à-dire pouvant affecter le même malade, d'où notamment la notion de la « double peine ». Les différentes contributions disponibles dans ce livre procèdent à des décryptages historiques, anthropologiques et socio-économiques de la prise en charge croisée de la tuberculose et du VIH, comme un problème médico-social auxquels sont simultanément confrontés les patients, les soignants et l'ensemble de la communauté dans les contextes socioculturels camerounais et sénégalais.

Nous le savons, le système médical est une partie intégrante du système culturel: la médecine en elle-même est un outil culturel (Illich, 1975). Et le système de santé est un ensemble de modèles de croyances sur les causes de la maladie telles que connues ou décrites par la communauté, sur les choix thérapeutiques, sur l'évaluation du traitement et sur les rôles que chaque individu est appelé à jouer, soit en tant que patient, soignant ou membre de la communauté (Kleinman, 1980): donc inévitablement comme un champ de lutte entre différents acteurs, un lieu de

jeux de pouvoirs entre les principaux acteurs à l'intérieur et à l'extérieur des institutions de santé.

Cet ouvrage s'inscrit dans ce panorama général de l'approche par les sciences sociales des questions de santé. Néanmoins, il mobilise des disciplines qui, finalement, dialoguent peu dans le champ de la santé (histoire et anthropologie, principalement), et met en parallèle des situations locales (celles du Sénégal et du Cameroun) peu souvent comparées. Si on ajoute à cela le fait que nous avons traité d'une question rarement abordée par les sciences sociales – la coinfection TB/VIH – le lecteur sera naturellement attentif à la nature des résultats obtenus, et donc aux apports de la réflexion menée.

Plutôt que d'en faire une recension systématique, sous forme de résumé, nous souhaitons, pour clore cet ouvrage, souligner – pour chacun des trois axes de ce travail – les constats qui, nous semble-t-il, peuvent alimenter la réflexion et l'action des responsables de la santé publique¹.

2. Constats de sciences sociales pour la santé publique

2.a. Les constructions de la « lutte » contre la coinfection

2.a.1. Permanences des volontés de structuration

Durant la colonisation et jusqu'à maintenant, se sont de tout temps exprimées des volontés d'organiser les actions visant à contrôler la tuberculose et les maladies vénériennes (puis le sida) : l'histoire de cette « volonté politique » permet d'attirer l'attention, d'une part, sur l'importance d'équilibrer les approches préventives et curatives (y compris lorsqu'arrivent les antituberculeux dans les années 1950 ou les ARV à la fin des années

¹ Pour ce faire, nous nous sommes permis d'opter volontairement pour un affichage synthétique de ces apports potentiels, pour en faciliter la lecture, le lecteur ayant par ailleurs pris connaissance dans les précédents chapitres des arguments et exemples les sous-tendant. De telle sorte que ce qui est présenté ici n'a pas vocation à être un reflet exhaustif des résultats de notre recherche mais une sélection des points que nous estimons « parlant » pour les acteurs de la santé publique.

1990) et, d'autre part, de faire en sorte que ces entreprises ne visent pas à désigner, ou stigmatiser, des groupes selon leurs origines (« indigène », « étrangers »), leurs comportements sexuels (prostituées) ou naturellement leur état de santé (syphilitique, séropositif pour le VIH, tuberculeux). Fut aussi une constante l'idée de rapprocher le traitement des populations, de le décentraliser (même si le terme n'était pas habituel dans le passé). Seulement, on constate aujourd'hui des niveaux de décentralisation différents dans la prise en charge de la tuberculose et du VIH, et il importe de faire de cet écart une force: donc, que les acteurs de la lutte contre le sida s'inspirent des actions de décentralisation menées par la lutte contre la tuberculose

2.a.2. Permanences de craintes

Hier comme aujourd'hui, la question de l'observance des traitements est centrale dans le discours des autorités sanitaires. La lutte contre le sida ne l'a pas « inventé ». Les craintes d'émergence de résistances sont anciennes. L'enjeu pour la santé publique est de faire en sorte que ces craintes légitimes ne soient pas associées à des mesures de stigmatisation qui seraient contre productives (car susceptibles de pousser dans une forme de clandestinité les personnes et les groupes visés, au risque justement de les éloigner des soins et de la prévention – ce que l'on veut précisément éviter). Aussi les acteurs de la santé publique doivent se rappeler que ce qui a été dit, un temps, dans la lutte contre le sida, se retrouve dans des discours tenus durant la colonisation: le danger représenté par les populations « mobiles », les « commerçants », les « prostituées », ou encore les « a priori » sur l'incapacité de tel ou tel groupe (les « Noirs » durant la colonisation) à observer les traitements...

2.a.3. Un espace de dialogue entre programmes

La coinfection ouvre un espace de dialogue ou de collaboration entre les deux programmes de lutte VIH et tuberculose: aussi bien au Cameroun qu'au Sénégal, ces deux maladies n'ont pas les mêmes importances épidémiologiques, et les deux programmes n'ont ni les mêmes tutelles administratives, ni les mêmes envergures financières.

2.a.4. Des dispositifs facilitant peu le rapprochement

La spécificité des structures des Programmes de lutte contre la tuberculose et le sida est un frein à l'intégration des luttes contre la tuberculose et le VIH. En l'absence d'un cadre institutionnel bien défini, les fonctions des programmes impliqués ne sont pas clairement définies, et engendrent des conflits quant à la gestion des fonds alloués. Il convient de réfléchir aux conséquences d'une approche multisectorielle (pour le sida) versus mono sectorielle, relevant uniquement du ministère de la Santé (pour la tuberculose), sur la capacité de rapprochement des deux programmes ou, au moins, des activités concernant la coinfection.

Une étape importante serait de produire des textes qui exposent clairement la position des structures ou postes censés faciliter le rapprochement des deux programmes (par exemple le « point focal », au Cameroun) – dont la création a le plus souvent répondu aux injonctions des bailleurs de fonds, mais sans que son rôle dans le dispositif d'ensemble ne soit clairement défini. Ceci doit permettre de renforcer l'autorité de ces « dispositifs » (type « point focal ») pour qu'ils puissent rapprocher les activités des deux programmes; ceci tout en réfléchissant à terme aux risques que fait courir au dialogue entre programmes le fait qu'ils n'aient pas toujours la même tutelle ministérielle (comme au Sénégal).

2.b. Formations, pratiques et expertises des personnels de santé

2.b.1. Une diversité d'intervenants

Depuis les « infirmières visiteuses » au Sénégal, jusqu'aux médiateurs, agents de santé/de relais communautaire, aujourd'hui, le vaste domaine du suivi du malade est occupé par une grande diversité de fonctions: des personnels titulaires d'un diplôme (assistantes sociales), formés pour l'occasion par des bailleurs (les médiateurs) et/ou formés « sur le tas ». Tout d'abord notons que le tryptique de formations (« sur le tas » – « professionnelle » – « académique ») a toujours existé. Par ailleurs, cette diversité témoigne de besoins pour le suivi de patients susceptibles d'avoir des difficultés pour accepter leur maladie ou prendre leurs traitements. Elle peut aussi exprimer une difficulté des autorités

334 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

à clairement identifier les compétences et donc les formations nécessaires pour répondre à ces besoins, d'où l'insertion « tous azimuts » de personnes aux profils variés. Enfin, il est essentiel d'être attentif, de façon permanente, à ce que la présence de non professionnels (non diplômés) dans un espace et au sein d'équipes médicales peut engendrer comme difficultés avec les personnels déjà là, « en poste ». Situation que renforcent les exigences de la prise en charge de la coinfection.

2.b.2. La question de la reconnaissance professionnelle

Cette variété d'intervenants crée chez les non professionnels (formés sur le tas) une volonté de formalisation de leur statut et d'enrichissement de leurs compétences (via des formations). Ce problème de reconnaissance du travail se retrouve chez certains professionnels statutaires, comme les infirmiers au Sénégal, qui s'estiment dévalorisés lorsqu'ils passent de la prise en charge de la tuberculose à celle du VIH (et par conséquent de la coinfection). Il importe donc de mesurer régulièrement le degré de satisfaction de ces personnels lorsqu'ils exercent cette « nouvelle fonction » ou qu'ils voient leurs tâches évoluer.

2.b.3. La gestion du circuit du patient

Les structures de prise en charge de la tuberculose et du sida sont parfois séparées géographiquement: cela ne constitue pas en soi une difficulté majeure pour une prise en charge efficace du malade coinfecté. À la condition première que le parcours du patient soit cohérent: éviter la répétition de tests, d'examens, de consultations. Cela suppose aussi une communication entre équipes soignantes de ces structures, question qui renvoie notamment à celle évoquée précédemment de la valorisation des tâches des professionnels impliqués dans le suivi des patients VIH+ ou tuberculeux.

2.b.4. Nécessités et enjeux de la gratuité des traitements

Les effets positifs des politiques de gratuité des ARV et des antituberculeux sont incontestables: accès aux traitements, amélioration de la santé, regain de confiance des soignants dans leurs activités. Mais la gratuité n'est pas totale, elle concerne les médicaments – ce qui est essentiel – mais pas l'ensemble

des examens qui vont avec la prise en charge de ces deux maladies. Or là se nichent des pratiques discriminatoires, que les politiques en direction des « indigents » ne permettent pas de contrecarrer : ceci, compte tenu de l'importance de pouvoir, ou non, activer des réseaux de relations, de connivence, avec des soignants. Par ailleurs, il est important qu'un message soit transmis aux soignants sur la question de la pérennité de la subvention des traitements, donc de leur gratuité pour les malades, de façon à ce qu'ils n'anticipent pas son interruption : c'est peut-être plus aux politiques qu'aux soignants d'intégrer cette perspective dans leurs actes.

2.c. Mises en scènes institutionnelles, réponses individuelles et mobilisations collectives par rapport à la tuberculose et au VIH

2.c.1. Droits des malades et dépistage

Les pratiques de dépistage se complexifient naturellement avec la coinfection. Pour le VIH, on observe un mixte entre les stratégies demandant au patient d'accepter le test et celles lui demandant de justifier son refus du test. À cela s'ajoute le dépistage de la tuberculose qui n'a jamais nécessité un recueil du consentement. Situation qui crée une différence d'approche du dépistage chez le patient coinfecté, selon qu'il s'agisse de diagnostiquer chez lui l'infection à VIH ou la tuberculose. Ceci dans un contexte où est officiellement recommandé un dépistage systématique et gratuit du VIH chez les tuberculeux. Par conséquent une réflexion s'impose sur l'harmonisation des « counselling ».

2.c.2. Le sida comme opportunité ?

Le sida fait figure d'« opportunité » pour les malades tuberculeux, ce qui n'est pas le cas de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH. Ceci dans le sens où les personnes atteintes par la tuberculose ont alors accès aux spécificités économiques de la prise en charge du VIH, même s'il demeure possible de dissimuler sa séroprévalence pour le VIH, mais pas une affection tuberculeuse.

2.c.3. Des mobilisations associatives inégales

Se constituant en courroie de transmission entre les politiques, les bailleurs de fonds et les malades, les associations nouent avec ces agences d'aides des relations de dépendance, de revendication, de collaboration tout en faisant preuve aussi d'autonomie. Bien que de faible portée, la dynamique associative à l'endroit de la coinfection tuberculose/VIH semble plus visible au Cameroun qu'au Sénégal. Toutefois, dans les deux cas, la difficulté pour les associations à investir le champ d'action de la tuberculose s'explique en partie par le fait que cette maladie demeure bien moins soutenue que le sida par les bailleurs de fonds et les politiques de santé. Il y a donc un enjeu de santé publique – quand on voit leur rôle dans le plaidoyer et l'accompagnement des malades – à viser une appropriation de la tuberculose par les associations.

Nous souhaiterions conclure cette présentation volontairement didactique de quelques uns des résultats de cette recherche, par une considération, elle aussi à destination des acteurs de la santé publique. À savoir que prise en charge de la coinfection dans les structures de santé, d'une part, et niveau d'intégration des programmes de lutte au niveau central, d'autre part, ne sont pas directement corrélés; qu'autrement dit, dans certaines limites naturellement, et moyennant des efforts d'organisation et de communication, les professionnels de santé arrivent à prendre en charge les patients coinfectés, même si les décideurs de la santé publique n'ont pas mis en place de passerelles réellement fonctionnelles entre les programmes. Message porteur d'espoir mais à entendre avec discernement. En effet, il ne s'agit bien entendu pas de plaider pour l'abandon de toute structuration de l'intégration de la lutte contre la coinfection, au contraire nous savons que son principe reste une priorité; et message d'espoir, aussi, car cela prouve que les équipes soignantes peuvent arriver à organiser, localement, au quotidien, une prise en charge de la coinfection qui ne pâtit pas exagérément des hésitations des décideurs.



Acronymes



AC:	Affaires courantes
AEF:	Afrique équatoriale française
AES:	Accident d'exposition au sang
AFASO:	Association des femmes actives et solidaires
AGR:	Activités génératrices de revenus
AMI:	Assistance médicale indigène
ANB:	Archives nationales de Buéa
ANOM:	Archives nationales d'Outre-mer
ANS:	Archives nationales du Sénégal
ANY:	Archives nationales de Yaoundé
AOF:	Afrique occidentale française
APA:	Archives politiques et administratives
ARC:	Agent de relais communautaire
ARS:	Archives de la république du Sénégal
ARV:	Antitréroviral
BAS:	Bulletin administratif du Sénégal
BIB:	Bibliothèque
BIT:	Bureau international de travail
BK:	Bacille de Koch
B-W:	Bordet-Wasserman
CAOM:	Centre des archives d'Outre-mer d'Aix-en-Provence
CCAM:	Cameroon coalition against malaria
CCM:	Country coordination mechanism (ICN en français)
CDMP:	Centre départemental de médecine préventive
CDT:	Centre de dépistage et de traitement de la tuberculose
CEJES:	Cellule jeunes et sida
CINAM:	Compagnie industrielle pour l'aménagement du territoire
CNLS:	Comité national de lutte contre le sida
CRCF:	Centre de recherche du CHU de Fann

338 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

CSRB:	Centre de santé Roi Beaudoin
CTA:	Centre de traitement ambulatoire
CUSS:	Centre universitaire des sciences de la santé
DAV:	Dispensaires anti-vénériens
DLM:	Direction de la lutte contre la maladie, au ministère de la Santé
DLSI:	Division de la lutte contre le sida et les IST
DU:	Diplôme universitaire
ESTHER:	Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseaux
FESADE:	Femmes-Santé-Développement
FHI:	Family health international
FIDES:	Fonds de développement économique et social
FISE:	Fonds international de secours à l'enfance
FLSH:	Faculté de lettres et de sciences humaines
FOM:	France d'Outre-mer
IB:	Initiative de Bamako
IEC:	Information éducation communication
IMTSSA:	Institut de médecine tropicale des services de santé des Armées
INC:	Instance nationale de coordination (CCM en anglais)
INNTI:	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI:	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IRESO:	Institut pour la recherche, le développement socio-économique et la communication
ISAARV:	Initiative sénégalaise d'accès aux traitements anti-rétroviraux
JO:	Journal officiel
JOCF:	Journal officiel du Cameroun fédéral
JORFC:	Journal officiel de la République Fédérale du Cameroun
JOTC:	Journal officiel des Territoires du Cameroun
LSCR:	Ligue des sociétés de la Croix Rouge
MISOES:	Mission socio-économique de la vallée du fleuve Sénégal
MST:	Maladies sexuellement transmissibles

OCCGEAC:	Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale
OCEAC:	L'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale
OIHP:	Office international d'hygiène publique
OMS:	Organisation mondiale de la santé
NU:	Organisation des Nations unies
ORANA:	Office de recherche sur l'alimentation et la nutrition africaines
PASOC:	Programme d'appui à la société civile
PMI:	Protection maternelle et infantile
PNLT:	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNT:	Programme national de lutte contre la tuberculose
PTA:	Pavillon de traitement ambulatoire
PTME:	Prévention de la transmission mère-enfant
PVD:	Pays en voie de développement
PVVIH:	Personnes vivant avec le VIH
RAONU:	Rapport annuel du gouvernement français à l'organisation des Nations unies
RASDN:	Rapport annuel du gouvernement Français à la société des nations
RCLON:	Report by His Majesty's Government in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the Council of the League of Nations
RECAP+:	Réseau camerounais de personnes vivant avec le VIH
RESIF:	Réseau des infirmières contre le sida
RFC:	République fédérale du Cameroun
RH:	Rifampicine
RNP:	Réseau national de personnes vivant avec le VIH
RTCUN:	Report by His Majesty's Government in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the Trusteeship Council of the United Nations on the Administration of the Cameroons under United Kingdom Trusteeship.
RUC:	République Unie du Cameroun

340 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE ?

SDN:	Société des Nations
SGE:	Service des grandes endémies
SGHMP:	Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie
SHMP:	Service d'hygiène mobile et de prophylaxie
SMI:	Service des maladies infectieuses
TDO:	Traitement directement observé
UCAD:	Université Cheikh Anta Diop
UIPV:	Union internationale contre le péril vénérien
UNICEF:	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UPEC:	Unité de prise en charge
URLS:	Unité régionale de lutte contre le sida
URLT:	Unité régionale de lutte contre la tuberculose



Bibliographie



1. Articles, ouvrages et chapitres d'ouvrage

- Abdool Karim S. *et al.*, «Timing of initiation of antitetroviral drugs during tuberculosis therapy», *The New England Journal of Medicine*, 2010, 362, 8, pp. 697-702.
- Abé C., «Gestion collective de la stigmatisation liée au VIH/sida et dédramatisation de l'accès aux médicaments antirétroviraux», pp. 261-268 in Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, 2010.
- Agness J., «Les ONG: le grand défi», *Sidalerte*, 1993, n° 23, pp. 24-25.
- Ainsworth M., Beyrer C., Soucat A., «AIDS and public policy: the lessons and challenges of "success" in Thailand», *Health Policy*, 2003, n° 64, pp. 13-37.
- Anonyme, «La tuberculose en Afrique aujourd'hui», *Afrique médicale*, 1978, n° 156, pp. 55-56.
- Atlani-Duault L., Vidal L. (dir.), *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement: des savoirs aux pratiques, des pratiques aux savoirs*, Paris, Armand Colin, 2009.
- Aujoulat L. et Olivier G., «L'obstétrique chez les Yaoundé», *Médecine Tropicale*, 1946, 6^e année, n° 1, pp. 159-190.
- Badiane L., *Étude d'une structure sanitaire: de l'hôpital central indigène à l'hôpital Aristide Le Dantec de 1914 à 1968*, Mémoire de maîtrise d'Histoire, FLSH, UCAD, 2004.
- Bado J.P. (dir.), *Les conquêtes de la médecine modernes en Afrique*, Paris, Karthala, 2006.
- Bargy Dr., «L'Atoxyl dans le traitement de la syphilis en Afrique Occidentale Française», *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 1908, 11, pp. 617-629.
- Barthélémy P., *Femmes, Africaines et diplômées: une élite auxiliaire à l'époque coloniale*, Thèse, Université de Paris 4, 2004.
- Bayer R. *et al.*, «The dual epidemics of tuberculosis and AIDS: Ethical and policy issues in screening and treatment», *American Journal of Public Health*, 1993, 83, 5, pp. 649-54.

342 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

- Baylet P., «Les expériences de lutte antituberculeuse dans les pays en voie de développement (expérience sénégalaise)», *Afrique médicale*, 1970, n° 78, pp. 201-203.
- Baylet R.J., «Incidences des tréponématoses sur les avortements et la stérilité de la femme voltaïque», *Bulletin Médical de l'AOF*, 1952, t. IX, fasc.1.
- Becker C., Collignon R., «Politiques démographiques et sanitaires face aux 'maladies sexuellement transmises' en Afrique de l'Ouest. Perspective historique» pp. 133-149, in Becker C., Dozon J.P., Obbo C., Touré M. (dir.), *Vivre et penser le SIDA en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Dakar, Paris, IRD, Codesria, Karthala, 1999.
- Becker C., «L'apparition du Sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal», pp. 59-80 in Dozon, J.P., Vidal L. (dir.), *Les sciences sociales face au Sida*, Paris, ORSTOM, 1995.
- Becker C., Collignon R., «A history of sexually transmitted diseases and AIDS in Senegal: difficulties in accounting for social logics in health policy», pp. 65-96 in Setel P.W., Lewis M., Lyons M. (dir.), *Histories of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, Greenwood Press, 1999.
- Becker C., Collignon R., «Politiques démographiques et sanitaires face aux "maladies sexuellement transmises" en Afrique de l'Ouest: perspective historique», pp. 133-149 in Becker C., Dozon J.P., Obbo C., Touré M. (dir.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 1999.
- Ben Amor Y. et al., «Underreported threat of multidrug-resistant tuberculosis in Africa», *Emerging Infectious Disease*, 2008, n° 14, pp. 1345-1352.
- Bergeret C., Roustaing M., «Note sur la tuberculose pulmonaire à Dakar», *Bulletin Médical d'AOF*, 1946, tome III, Fascicule 2, pp. 247-251.
- Bilé P., Abéga S.C., «Le futur au conditionnel: de la gestion de l'obstacle chez les malades en situation de dépendance», pp. 203-216 in Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida: évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, 2010.
- Billaud A., «Travailler avec les associations ou sur les associations: l'ambiguïté dans la lutte contre le sida au Sénégal», pp. 17-28, in Chabrol F., Girard G. (dir.) *VIH/ sida. Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, Paris, ANRS, Mars 2010.
- Blanc F.X. et al., «Significant enhancement in survival with early (2 weeks) versus late (8 weeks) initiation of highly active anti-retroviral treatment (HAART) in severely immunosuppressed

- HIV-infected adults with newly diagnosed tuberculosis» *IAS Conference*, Vienna, Late Breaker presentation, 2010.
- Blanchard M., «La tuberculose en Afrique Occidentale Française», *VIIIe Congrès National de la Tuberculose*, Marseille, 1935.
- Blanchard M., «L'École de Médecine de l'Afrique Occidentale Française de sa fondation à l'année 1934», *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale*, 1934, tome 20 XIII, pp. 9-11.
- Blanchard M., *La tuberculose en Afrique de l'ouest française*, Rapport présenté au congrès français de la tuberculose, Rabat, 1935.
- Bonono R.C., Moatti J.P., Marcellin F., «Comportement reproductif et désir d'enfant des femmes vivant avec le VIH/Sida au Cameroun: une approche qualitative», pp. 251-260 in Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida: évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, 2010.
- Boyer S. et al., «Scaling up access to antiretroviral treatment for HIV infection: the impact of decentralization of healthcare delivery in Cameroon», *AIDS*, 2010, n° 24 (Suppl. 1), pp. 5-15.
- Boyer S. et al., «Financial barriers to HIV treatment in Yaoundé, Cameroon: first results of a national cross-sectional survey», *Bulletin de l'OMS*, 2009, n° 87, pp. 279-287.
- Boyer S. et al., «Passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun: décentralisation et qualité de prise en charge», pp. 29-51 in Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida: Évaluation de l'expérience camerounaise*, ANRS, 2010.
- Brunel M., Leproux P., Chauvau C., «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967», *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française*, 1967, vol. XII, n° 3, pp. 425-433.
- Buchillet D., «Tuberculose et santé publique: les multiples facteurs impliqués dans l'adhésion au traitement», *Autre part*, 2001, n° 19, pp. 71-90.
- Camara F., *Histoire d'une maladie infantile en milieu rural: la rougeole dans la zone de Khombole (1956-1970)*, Mémoire de maîtrise d'histoire, UCAD, Dakar, 2008.
- Camara, F., *La lutte contre la tuberculose au Sénégal, 1924-1985*, Mémoire de DEA, Histoire, UCAD, Dakar, 2009.
- Canestri A. et al., «Coûts directs du suivi médical à la charge des patients hors ARV» pp. 55-66 in Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B. (dir.), *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux (analyses économiques, sociales, comportementales et médicales)*, Paris, ANRS, 2002.
- Castel R. *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, 1999.

344 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

- Ceccaldi D., *Les institutions sanitaires et sociales*, 5^e Édition, Paris, Les Éditions Foucher, 1972.
- CNLS, « Guide de prise en charge ambulatoire des personnes vivant avec le VIH », Dakar, FHI, 2003.
- CNLS, *Plan stratégique de lutte contre le sida 2007-2011*, Dakar, CNLS, 2007.
- CNS, *Rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement* (Rapport provisoire), République française, 2007.
- Coetzee D. et al., « Integrating tuberculosis and HIV care in the primary care setting in South Africa », *Tropical Medicine and international health*, 2004, vol. 9 pp. 11-15.
- Collard V., *La Décentralisation de l'Initiative d'accès aux médicaments antirétroviraux à Kaolack en 2003*, IRD/CNLS, 2004.
- Colombani O., *Mémoires coloniales. La fin de l'Empire français d'Afrique vue par les administrateurs coloniaux*, Paris, La Découverte, 1991.
- Courtwright A., Turner A.N., « Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions », *Public health reports*, 2010, supplement 4, vol. 125, pp. 34-42.
- Couvy L., « Sur la tuberculose à Dakar », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1930, n° 23, pp. 664-667.
- Curry F., *Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose (SITT)*, San Francisco, Université de Californie, National Tuberculosis Center, 2006.
- Dadian M., « AIDSCAP initiative. Innovation in NGO capacity building: Tanzania AIDS project », *AIDSlink*, 1998, n° 49, pp. 8-10.
- Dalgalarondo S., *Sida, la course aux molécules*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.
- De Cock K.M., Chaisson R.E., « Will DOTS do it? A reappraisal of tuberculosis control in countries with high rates of HIV infection », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, vol. 3, n° 6, pp. 457-65.
- De Loenzien M., « Knowledge, opinions and attitudes towards AIDS in rural Africa (Senegal, Cameroon, Burundi). Current research », *Soc Afr SIDA*, 1996, n° 13, pp. 11-13.
- Deepak V., « NGOs and AIDS action: relating to the social context », pp 77-96 in Bourdier F. (dir.), *Of research and action. Contribution of non governmental organizations and social scientists in the fight against the HIV/AIDS epidemic in India*, Pondicherry, Institut Français de Pondicherry, 1997.
- Denis P., Becker C., *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne*, Paris, Karthala 2006.

- Desclaux A., « Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle? », pp. 1-10 in *VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique*, Études et rapports, série spéciale n° 20, Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel, UNESCO, 2003.
- Desclaux A., « Modèles de tarifications à multiveaux et subventions. Assurent-ils l'équité et la justice sociale? Valent-ils le coût? » Communication à l'Atelier WHO/UNAIDS/ World Bank « *Meeting on Ensuring Universal Access: User Fees and Free Care Policies in the context of HIV Treatment* », Genève, 21-23 Mars 2005.
- Desgrées du Lou A., Pison G., « Le rôle des vaccinations dans la baisse de la mortalité des enfants au Sénégal », *Population*, 1995, n° 3, pp. 591-620.
- Dia, A., *La tuberculose pulmonaire au Sénégal. Aspect social de la maladie*, Dakar, Thèse de Doctorat, Médecine, 1969.
- Diop A., *Santé et colonisation au Sénégal, 1895 - 1914*, Thèse de doctorat de 3e cycle, Paris Panthéon Sorbonne, 1982.
- Diop M., *La syphilis au Sénégal : discours et pratiques des autorités coloniales (1905-1960)*, Mémoire de Maîtrise, Département d'Histoire, UCAD, Dakar, 2008.
- Diop M.C., « L'administration sénégalaise et la gestion des « fléaux sociaux. L'héritage colonial », pp. 1128-1150 in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (dir.), *AOF : réalités et héritages : sociétés Ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives Nationales du Sénégal, 1997.
- Diop M.C., Benoist J. (dir.), *L'Afrique des associations - Entre culture et développement*, Paris, Karthala, 2007.
- Direction de la Pharmacie et des Laboratoires, *Politique pharmaceutique nationale*, Dakar, MS, 2006.
- Division SIDA/IST, CNLS, *Prise en charge médicale des patients vivant avec le VIH/sida au Sénégal*, Dakar, CNLS, 2005.
- Division SIDA/IST, CNLS, *Prise en charge médicale des patients vivant avec le VIH/sida au Sénégal*, Dakar, DLSI 2005.
- Division SIDA/IST, *Guide de gestion des stocks d'ARV, de réactifs et autres produits du VIH/sida*, Dakar FHI, 2005.
- Division SIDA/IST, *La politique nationale de l'infection à VIH/sida au Sénégal*, Dakar, DLSI, 2007.
- Division SIDA/IST, PNT, *Plan intégré de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose dans les districts de Mbaou, Guédiawaye, Mbour, Matam, Ziguinchor et Kédougou*, draft, Dakar, 2006.
- Dodor E.A., Kelly S.J., « Manifestations of tuberculosis stigmawithin the healthcare system: The case of Sekondi-Takoradi

346 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

- Metropolitan district in Ghana», *Health Policy*, doi:10.1016/j.healthpol.2010.06.017, 2010.
- Eboko F., «Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun», *Autrepart*, 1999, n° 12, pp. 123-140.
- Eboko F., «L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun: de la verticalité à la dispersion?», *Bulletin de l'APAD*, 2001, n° 21, pp. 29-68.
- Eboko F., «Institutionnaliser l'action publique en Afrique. La lutte contre le sida au Cameroun», pp. 263-287 in Quantin P.(dir.), *Gouverner les sociétés africaines*, Paris, Karthala, 2005-a.
- Eboko F., «Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique», *Cahiers d'études africaines*, 2005-b, Vol XLV, n° 2, pp. 351-387.
- Eboko F., Mandjem Y.P., «ONG et associations de lutte contre le sida au Cameroun. De la subordination vers l'émancipation à l'heure de l'accès au traitement antirétroviral», pp. 269-286 in Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, 2010.
- Eboko F., *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun. Politique publique, dynamique sociale et construction des sujets*, Doctorat en Science Politiques, Université de Bordeaux, 2002.
- Egrot M., «Renaître d'une mort sociale annoncée: recomposition du lien social des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest (Burkina-Faso, Sénégal)», *Cultures et Sociétés*, 2007, n° 1, pp. 49-56.
- Elom Ntounzo'o E., «L'orientation nouvelle du service des grandes endémies au Cameroun» *Afrique Médicale*, n° 64, 1968, pp. 693-696.
- Essome, H. E., Notemi R.F. et al., «Increased subsidies allowance to associations of people with AIDS (PLWHA) in Cameroon and its consequence», *XV International AIDS Conference, Bangkok*, 2004.
- Farmer P., Kim J.Y., «Community-based approaches to the control of multidrug resistant tuberculosis: introducing "DOTS plus"», *British Medical Journal*, 1998, n° 317, pp. 671-674.
- Fassin D., *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, 1992.
- Fassin D., «Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo», *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 1994, n° 4, pp. 745-775.
- Fassin D., *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte, 2006.

- Faure O., *Histoire sociale de la médecine (18^e-20^e siècles)*, Paris, Anthropos-Economica, 1994.
- Foucault M., *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF, 1954 (réédition 2002).
- Gallay H., *Trois années d'AMI et de lutte contre la variole: 1905, 1906, 1907*, Paris, Émile Larose, 1909.
- Gallay H., *Trois ans d'assistance aux indigènes et la lutte contre la variole. 1905-1906-1907*, Paris, Émile Larose, 1909.
- Getahun H. et al., «Diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in people with HIV infection or AIDS in resource-constrained settings: informing urgent policy changes», *Lancet*, 2007, n° 369, pp. 2042-2049.
- Ghebreyesus T.A. et al., «Tuberculosis and HIV: time for an intensified response» purchase, *Lancet*, 2010, vol. 375, n° 9728, pp. 1757-1758.
- Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 2007.
- Good B., *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998.
- Gouvernement Général de l'AOF, «Taches et problèmes de la santé publique en AOF», *Bulletin Médical de l'AOF*, numéro spécial, novembre 1954.
- Grmek M.D., *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot, 1985.
- Gruénais M.E., *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Sénégal)*, Paris, ANRS, Rapport, 1999.
- Gruénais M.E., «Appliquer l'anthropologie au domaine de la santé. Entre recherche et expertise», *Le Bulletin de l'APAD*, n° 8, <http://apad.revues.org/document1932.html>.
- Guèye N., *Les sages-femmes du Sénégal de 1918 à 1968*, Mémoire de maîtrise d'histoire, UCAD, Dakar, 2003.
- Hane F., *Émergence de la fonction soignante: reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal*, Thèse en Anthropologie sociale, Marseille, EHESS, 2007.
- Harries A.D. et al., «Managing HIV and tuberculosis in sub-Saharan Africa», *Lancet*, 2006, n° 367, pp. 1817-1818.
- Harries A.D., Zachariah R., Lawn S.D., «Providing HIV care for co-infected tuberculosis patients: a perspective from sub-Saharan Africa», *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2009, n° 13, pp. 6-16.

348 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

- Harries A.D. *et al.*, «The HIV-associated tuberculosis epidemic: when will we act?», *The Lancet*, 2010, vol. 375, pp. 1906-1919
- Heckenroth M., «Les traitements chimiothérapeutiques prolongés de la tuberculose pulmonaire en dehors des milieux hospitaliers en A.O.F. et dans les territoires d'Afrique noire insuffisamment développés», Communication lors des Cinquièmes journées pneumo-phthisiologiques d'Afrique de Nord, Tunis, 1956.
- Heckenroth M., «Quelques considérations démographiques sur Dakar», *Bulletin de la Société Médico chirurgicale de l'Ouest africain*, 1931, vol. 2, n° 5, pp. 132-141.
- Herzlich C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, EHESS, 1984.
- Hours B., «Soins de santé primaires et management», *Cahiers sciences humaines*, 1992, n° 28, pp. 123-140.
- Idrissou A. *et al.*, «Acteurs et structures de prise en charge de la coinfection VH/tuberculose. Approches historiques et anthropologiques (Cameroun, Sénégal)», pp. 167-180, in Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VH/Sida: évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, 2010.
- Illich I., *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P., *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P. (2003), «Un diagnostic socio-anthropologique; des systèmes de santé malades», in Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.P., *Une médecine inhospitalière (les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest)*, Paris, Karthala/APAD, «Hommes et Sociétés», pp. 51-102.
- Jaffré Y., «Les services de santé «pour de vrai». Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)», *Bulletin de l'APAD*, 1999, n° 17, pp. 3-18.
- Juillet A. *et al.*, «L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/Sida en Côte d'Ivoire: une enquête quantitative», pp. 142-158, in Msellati P., Vidal L., Moatti J.P. (dir.), *L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire*, Paris, éditions de l'ANRS, 2001.
- Kane P.A., «Rôle de l'Association sénégalaise de lutte antituberculeuse», *Afrique médicale*, 1972, n° 106, pp. 797-804.
- Kayo J. C., Mounton P., «The Cameroon network of associations of PLWHA (Récap+) Networking associations of PLWHA in Cameroon», *XV International AIDS Conference, Bangkok*, 2004.

- Kermogant A., «Aperçu sur les maladies vénériennes dans les colonies françaises», *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, 1903, n° 6, pp. 428-460.
- Kermogant A., «La tuberculose dans les colonies françaises et plus particulièrement chez les indigènes d'après les documents fournis par les chefs du service de santé, *Annales d'Hygiène Médicale coloniale*, 1906, n° 9, pp. 220-241.
- Kleinman A., *Patients and Healers in the Context of Culture*, California, California University Press, 1980.
- Koueke P., Nguematcha, R., Djingoer B., «L'incidence des maladies vénériennes chez les prostituées à Yaoundé», *Afrique Médicale*, 1979, n° 172, pp. 549-551.
- Koueke P., Mvele E.-D., «Formes cliniques de la syphilis secondaire au Cameroun», *Afrique Médicale*, 1979, n° 13.
- Kuaban C., Bercion R., Koulla-Shiro S., «Current HIV seroprevalence rate and incidence of adverse skin reactions in adults with pulmonary tuberculosis receiving thiacetazone-free antituberculosis treatment in Yaounde, Cameroon», *Central Africa Journal of Medicine*, 1998, n° 44, pp. 34-37.
- Kuaban C. et al., «Anti-tuberculosis drug resistance in the West Province of Cameroon», *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000-a, n° 4, pp. 356-360.
- Kuaban C. et al., «Acquired anti-tuberculosis drug resistance in Yaounde, Cameroon», *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000-b, n° 4, pp. 427-432.
- Labusquière R., *Santé rurale et médecine préventive en Afrique*, 2^e édition revue et corrigée, Paris, Librairie le François, 1975.
- Lachenal G., *Biomédecine et décolonisation au Cameroun, 1944-1994. Technologies, figures et institutions médicales à l'épreuve*, Thèse de Doctorat en Épistémologie, histoire des sciences et des techniques, Université de Paris 7-Denis Diderot, 2006.
- Ladner J., Kanon S., Moumouni A., *Évaluation de l'Initiative Esther au Cameroun*, Rapport final, Paris, ESTHER, 2008.
- Lakroum M., *Le travail inégal: paysans et salariés sénégalais face à la crise des années Trente*, Paris, L'Harmattan, 1982.
- Lanièce I. et al., «Accessibilité financière de l'ISAARV et impact micro-économique pour les patients», pp.25-39 in Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B. (dir.), *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux (analyses économiques, sociales, comportementales et médicales)*, ANRS, Paris, 2002.
- Lanièce I. et al., «L'observance du traitement ARV et ses déterminants», pp. 25-39 in Desclaux A. et al., *L'initiative sénégalaise d'accès*

350 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

aux médicaments antirétroviraux (analyses économiques, sociales, comportementales et médicales), ANRS, Paris, 2002.

Laniece I. et al., « Modalités de sélection et profil social des patients », pp. 25-39 in Desclaux A. et al., *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux (analyses économiques, sociales, comportementales et médicales)*, ANRS, Paris, 2002.

Lawn S.D. et al., « Burden of tuberculosis in an antiretroviral treatment program in sub-Saharan Africa: impact on treatment outcomes and implications for tuberculosis control », *AIDS*, 2006, vol. 20, pp. 1605-1612.

Le Dantec A., « L'École de Médecine Indigène de Dakar », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1920, pp. 633-639.

Lefrou G., Allard M., « Une décennie démographique (1921-1930) à Saint-Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 1932, Tome 20X, pp. 406-427.

Léger M., « La syphilis dans les colonies françaises », pp. 166-171 in Jules G., Garin C., Leger M., *Précis de médecine coloniale*, Paris, B. Baillière et fils, 1929.

Leowski J., Pio A., « L'offensive mondiale est-elle possible? », *Santé du monde. Le magazine de l'Organisation Mondiale de la Santé*, janvier 1982.

Leproux P. et al., « Devenir des tuberculeux pris en charge par le Centre de phthisiologie de Dakar (étude critique avec trois ans de recul, de 1191 dossiers) », *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française*, 1963, n° 6, pp. 715-724.

Rinehart C., Ogden J.A., « Tuberculosis control in resource-poor countries: have we reached the limits of the universal paradigm? », *Tropical Medicine and International Health*, 2004, vol. 9, n° 7, pp. 833-841.

Lon Roth K. et al., « Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care, and social development », *Lancet*, 2010, vol. 375, n° 9728, pp. 1814-29.

Lousier S. et al., « Decentralisation of HIV care in Cameroon: increased access to antiretroviral treatment and associated persistent barriers », *Health Policy*, 2009, n° 92, pp. 165-173.

Lousier S. et al., « HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon: results from the ANRS-EVAL Study », *Social Science & Medicine*, 2009, n° 69, pp. 885-891.

Maher D., Harries A., Ethan H., « Tuberculosis and HIV interaction in sub-Saharan Africa: impact on patients and programmes. Implications for policies », *Tropical Medicine & International Health*, 2005, n° 10, pp. 734-742.

- Mac W. *et al.*, «Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong», *Social Science & Medicine*, 2006, n° 63, pp. 1912-1922.
- Maleville J., «La syphilis et les tréponématoses endémiques distribution géographique et écologie», *Les Cahiers d'Outre-mer*, 1976, n° 113, pp. 5-17.
- Mann, J., Tarantola D., *AIDS in the World II*, United Kingdom, Oxford University, 1996.
- Martin G., *L'existence au Cameroun. Études sociales, études médicales, études d'hygiène et de prophylaxie*, Paris, Émile Larose, 1921.
- Masseguin M., Ridet J., «Lutte contre les tréponématoses en AOF», *Médecine Tropicale*, 1954, n° 1, pp. 35-56.
- Masseguin A., Sanner L., «Le service d'hygiène mobile et son œuvre», *Bulletin médical de l'AOF, numéro spécial*, 1954, pp. 9-54.
- Mathieu L., «Une profession inachevée: animatrice de prévention en milieu prostitutionnel», *Sociologie du travail*, 2000, n° 42, pp. 263-279.
- Mathuis C., *L'œuvre des pastoriens en AOF*, Paris, PUF, 1939.
- Mbaye E.M., *Étude d'une profession de santé: les infirmiers au Sénégal, 1889-1968*, Mémoire de Maîtrise d'Histoire, UCAD, Dakar, 2002.
- Mbokolo E., «Histoire des maladies, histoire et maladie: l'Afrique», pp. 155-186 in Augé M., Herzlich C. (dir.), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Les Archives Contemporaines, 1984.
- Micollier E., «Phénomènes de stigmatisation dans une population chinoise confrontée au VIH / SIDA: vers une collaboration entre réponses officielles et société civile.», pp. 39-54 in *VIH / SIDA stigmatisation et discrimination: une approche anthropologique*. Actes de la table ronde organisée à l'UNESCO, Paris, 2002.
- Mills A., «Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, ressources and efficiency», *Social Science and Medicine*, 1983, vol. 17, pp. 971-1981.
- Moller V., Erstad I., «Stigma associated with tuberculosis in a time of HIV/AIDS: narratives from Easter Cape, South Africa», *South African Review of Sociology*, 2007, Vol. 38, pp. 103-119.
- Montel M.L., «La syphilis dite 'exotique'», *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1972, n° 1, 55.
- Mukadi Y.D., Maher D., Harries A., «Tuberculosis case fatality rates in high HIV prevalence populations in sub-Saharan Africa», *AIDS*, 2001, n° 15, pp. 143-52.
- Ndao M., «Les sources de l'Histoire de la santé au Sénégal. Problèmes méthodologiques et de collecte des données» <http://www.histoire-afrique.org/fr/article157>.

352 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

- Ndoye T., Hane F., Delaunay K., «Des tâches aux identités dans les activités des soignants (exemples sénégalais)», pp. 171-203 in Vidal L., Fall A.S., Gadou D. (dir.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- Ngamvithayapong J. et al., 2000, «High AIDS awareness may cause tuberculosis patient delay: result from an HIV epidemic area, Thailand», *AIDS*, 2000, vol.14, pp. 1413-1419
- Nkinda S. J., «Lutte antituberculeuse en Afrique», *Santé du monde. Le magazine de l'Organisation Mondiale de la Santé*, janvier 1982.
- Olivier de Sardan J.P., *Anthropologie et développement: essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala, 1995.
- Olivier de Sardan, J.P., «À la recherche des normes pratiques de la gouvernance en Afrique» Working paper, 2008, <http://www.institutions-africa.org/filestream/20090109-discussion-paper-5-la-recherche-des-normes-pratiques-de-la-gouvernance-r-elle-en-afrique-jean-pierre-olivier-de-sardan-d-c-2008>. Consulté le 15 juillet 2010.
- OMS, *Travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève, 2006.
- OMS, *Global tuberculosis control 2009. Epidemiology, strategy, financing*, Genève, 2009.
- OMS, *Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing*, Genève, 2008.
- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, Genève, 2006.
- OMS, STOP TB, UNICEF, *TB/HIV research priorities in resource-limited settings-Report of an expert consultation*, Genève, 2005.
- OMS, ONUSIDA, UNICEF, *Vers un accès universel. Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/ Sida dans le secteur de la santé*, Rapport de Situation, Genève, WHO, 2008.
- OMS, *Politique actuelle de la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Département Halte à la tuberculose et Département VIH/SIDA, 2004,
- OMS, *Politique actuelle de la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*, Département Halte à la Tuberculose et Département VIH/SIDA, WHO/HTM/TB/2004.330 & WHO/HTM/HIV/2004.1, Genève, 2004.
- OMS, *TB / HIV, a clinical manual*, Genève, 1996.
- OMS/Partenariat Halte à la Tuberculose, *Plan mondial Halte à la TB 2006-2015 (agir pour la vie: vers un monde sans tuberculose)*, Genève, 2005.

- ONUSIDA, OMS, *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde (Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà*, Genève, 2006.
- ONUSIDA, OMS, *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, Genève, 2006.
- ONUSIDA, OMS, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, 2006.
- ONUSIDA, Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH: études de cas des interventions réussies, Genève, 2005.
- Organisation ouestafrique de la Santé, *Gestion des ARV en Afrique de l'Ouest: étude du cas du Sénégal*, Université de Tulane, 2007.
- Ouattara F. et al., *Sida, stigmatisation et exclusion Étude anthropologique au Burkina Faso (Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara)*, IRD-Shadeï, Marseille-Bobo Dioulasso, 2004.
- Peltier M., « Vaccin et vaccinations anti-amarils. Pratique de la méthode dakaroise en AOF ». *Bulletin Médical de l'AOF*, 1944, T. 2, 3^e année.
- Pène P., André L.J., Rougemont A., Bourgeade A., Barabé P. (dir.), *Santé et médecine en Afrique tropicale*. Paris, Doin, 2 Tomes, 1980.
- Perriens, J. et al., « Tuberculosis and HIV infection: implications for Africa », *AIDS*, 1991, vol. 5 (Suppl.1), pp. 127-133.
- Pfeiffer J., « International NGO's and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration », *Social Science & Medicine*, 2003, n° 56, pp. 725-38.
- Pillsbury B., « Anthropologists in International Health: Overview and Opportunities », pp. 84-110 in Hill C.E. (dir.), *Training Manual in Medical Anthropology*, American Anthropological Association, Washington DC, 1985.
- PNLS, *Guide du formateur à la prise en charge des infections opportunistes et au traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH*, FHI, Dakar, 2003.
- PNT, *Plan stratégique de lutte contre la tuberculose au Sénégal (2007-2011)*, Dakar, PNT, 2007.
- PNT, *Revue externe du PNT*, Dakar, PNT, 2006.
- PNLT, *Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose 2003-2007*, 2003.
- PNLS, *Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2006-2010*, 2006.
- PNLS, *Directives nationales de prise en charge des personnes vivant avec le VIH par les Antirétroviraux*, 2007.
- PNUD, *Rapport national sur le développement humain 2008/2009. Cameroun: les défis de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement*, New York, 2010.

354 ● SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

- Pommerolle M.E., «La démobilisation collective au Cameroun: entre régime post autoritaire et militantisme extraverti», *Critique internationale*, 2008, n° 40, pp. 73-94.
- Poter J., «L'épidémiologie de la tuberculose en l'an 2000», pp. 9-20 in *Actes du colloque: La tuberculose en France en l'an 2000*, 2000.
- Pungrassami P. et al., «Tuberculosis and AIDS stigma among patients who delay seeking care for TB symptoms», *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2010, vol. 14, n° 2, pp. 181-187.
- Raguin G., Marty-Lavauzelle A. (dir.), 2002, «Le SIDA saisi par les ONG», *Humanitaire*, n° 6.
- Raynal Cuisinier J. C., «Hôpital principal de Dakar à l'époque de l'AOF: 1895-1958», in Becker C., Mbaye S., et Thioub I. (dir.), *AOF, Réalités et Héritages: Société ouest africaine et ordre colonial 1895-1960*, Dakar, ARS, 1997.
- Revault P., «Stratégies de dépistage et relations entre soignants et soignés», *Transcriptes*, 2006, n° 129, pp. 63-66.
- Ricou, *La tuberculose en Afrique occidentale française*, Comité d'hygiène et d'épidémiologie de l'Empire, Session d'avril, 1944, s.p.
- Ridde V., Girard J.E., «Douze ans après l'initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains», *Santé publique*, 2004, vol. 15, n° 1, pp. 37-51.
- Rifat A., Bennett S., et Duran A., *Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé?* OMS, 2008, Bureau régional de l'Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79217/E93678.pdf
- Rudin H.R., *Germans in the Cameroons, 1884-1914. A case study in modern imperialism*, New York, Greenwood Press, 1931.
- Saillant F., Genest S. (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis nouveaux*, Les Presses de l'Université de Laval, Economica-Anthropos, 2005.
- Sankalé M. et al., «Aspects de la tuberculose pulmonaire de l'adulte en milieu hospitalier en médecine générale à Dakar, (À propos de 247 cas)», *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française*, 1967, vol. XII, n° 3, pp. 411-417.
- Sankalé M., Pene P., «Médecine sociale au Sénégal», *Afrique Documents*, n° 1, 1960.
- Sankalé M., *Médecins et action sanitaire en Afrique Noire*, Paris, Présence africaine, 1969.
- Sanner L., Habay, J., «L'organisation de la santé publique dans une fédération de la France d'Outre-mer», *Semaine médicale*, n° 40, novembre, 1952.

- Sanner L., «La tuberculose», *Bulletin Médical de l'AOF*, novembre 1954, n° spécial, pp. 69-110.
- Sarr S., *La tuberculose dans la Circonscription de Dakar et Dépendances de 1945 à 1960*, Mémoire de maîtrise, Département d'Histoire, UCAD, Dakar, 2009.
- Sarraut A., *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 1923.
- Scott V. et al., «Scaling up integration: development and results of a participatory assessment of HIV/TB services, South Africa», *Health Research Policy System*, 2010, 8, 23. www.health-policy-systems.com/content/8/1/23.
- Sénécal J., Boiron H., «Le problème de la tuberculose en AOF», pp. 188-216 in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférence.
- Sénécal J. et al., «La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central de Dakar», pp. 200-208 in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences.
- Setel P.W., Lewis M., Lyons M. (dir.), *Histories of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, Greenwood press, 1999.
- Sicot M., *La prostitution dans le monde*, Paris, Hachette, 1964.
- Simmel G., *Les pauvres*, PUF, Quadrige, 1998 (3^e éd: 2005).
- Sirinapha X. J., Sriprapa N., et al., «Social stigma and knowledge of tuberculosis and HIV among patients with diseases in Thailand», *PLoS ONE*, 2009, vol. 4, n° 7: e6360:doi:10.1371/journal.pone.0006360, 7 p.
- Somma D. et al., «Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia», *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2008, vol. 12, n° 7, pp. 856-866.
- Sow K., Desclaux A., «La solidarité familiale dans la prise en charge des patients : réalités mythes et limites», pp 79-92 in Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B. (dir.) *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux (analyses économiques, sociales, comportementales et médicales)*, ANRS, Paris, 2002.
- STOP TB Partnership, *The Global Stop to TB 2006-2015? Actions for life: towards a world free of TB*, WHO, 2006-a.
- STOP TB Partnership, *Global Tuberculosis control-surveillance, planning, financing* WHO, 2006-b.

356 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

- Storla D.G. *et al.*, «A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis», *BMC Public Health*, 2008, vol. 8, n° 1, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/15>, consulté le 20 août 2010.
- Tabutin D. (dir.), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, l'Harmattan, 1988.
- Talom J. M. *et al.*, «The training of association militants in research ethics on AIDS», *XV International AIDS Conference, Bangkok*, 2004.
- Tantchou Yakam J., Gruénais, M.E., «Involving new actors to achieve ART scaling-up: difficulties in an HIV/AIDS counseling and testing centre in Cameroon», *International Council of Nurses*, 2009, vol. 56, n° 1, pp. 50-57.
- Tantchou J., *Épidémie et politique en Afrique. Maladie du sommeil et tuberculose au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 2007.
- Tchokoteu R.F. *et al.*, «Syphilis congénitale précoce dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Yaoundé: incidence, diagnostic et indications thérapeutiques», *Afrique Médicale*, 1989, vol. 28, n° 171, pp. 79-84.
- Toullec, «La tuberculose des Sénégalais. Considérations cliniques, épidémiologiques et prophylactiques», *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale*, Tome X19, pp 635-652., oct.-nov., décembre 1931.
- Touré M., «À propos des facteurs anthropologiques de la propagation du Sida en Afrique», *African Anthropology*, 1995, vol. 2, n° 2, pp. 129-143.
- Traoré F. N., «Analyse situationnelle de la prise en charge du VIH au Sénégal», *Communication Orale, comité conjoint TB/VIH*, Dakar, Mai 2009.
- Trébucq A., *Évaluation du Le programme national de lutte contre la tuberculose de la république du Cameroun*, Paris, UICMR, 2006.
- Tsala Tsala J.P., «L'ascenseur et l'escalier. La lutte contre la SIDA au Cameroun», *Journal des aspects sociaux du VIH/SIDA*, 2004, vol. 1, n° 3, pp. 139-156.
- United Nations Statistics Division – Millennium Development Goals Database, 2007.USAID, www.aidslex.org/site_documents/D-0003F_2.pdf, 2007.
- Van Dormael M., *La médecine coloniale ou la tradition exogène moderne dans le Tiers-Monde*, Studies in Health Services Organisation and Policy, 1, 1997.
- Van Rie A. *et al.*, «Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory

- factor analyses of two new scales», *Tropical Medicine and International Health*, 2008, n° 13, pp. 21-30.
- Vidal L., «Le rôle des associations», pp. 245-250, in Desclaux A., Raynaud C. (dir.), *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara, aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, 1997.
- Vidal L., *Femmes en temps de Sida: expériences d'Afrique*, Paris, PUF, 2000.
- Vidal L., «L'anthropologie au cœur de la médecine», *Médecine / Sciences*, 2005, n° 10, vol. 24, pp. 879-882.
- Vidal L., Fall A.S., Gadou D. (dir.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- Vidal L. et al., «Structurations de la lutte contre la tuberculose au Cameroun: mécanismes, réalités et perspectives», Rapport, UICTMR, 2008.
- Wandscheer M. «L'anthropologie de la santé aide-t-elle à guérir?», Mestiza, Lettre semestrielle d'Epi-Ethno Santé, 2009, n° 6,
- Wang Sonné, *Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916-1945*, Doctorat de 3^e Cycle en Histoire, Université de Yaoundé, 1983.
- Wang Sonné, «Les premiers «médecins africains» Camerounais. L'évolution d'une élite autochtone au service de l'action sanitaire française au Cameroun, 1922-1950», *Science et Technique*, 1989, vol. VI, n° 3-4, pp. 91-110.
- WHO, *Integration of health care delivery*, WHO Technical Report Series, n° 861, Genève 1996, http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_861.pdf, 68 p., consulté le 20 mars 2010.
- 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» *International Journal of Tuberculosis and lung disease*, 1999, Vol. 3, n° 10, pp. 938-943.
- Winter C., «Sida: l'épidémie, fille de l'inégalité», *Le Monde Diplomatique*, sept. 2000.
- Zonko Tchakounté R., *L'évolution des hôpitaux pour Européens à Douala de 1891 à 1945. Approche historique*, Mémoire de DIPES II, Université de Yaoundé I (ENS), 1999.

2. Documents d'archives (pour les acronymes se reporter à la liste)

2.1. Au Cameroun

ANB, File H.3.2, Health Education.

ANY 1 AC 5535, Rapport relatif aux infirmiers auxiliaires en 1932.

358 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

ANY 1AC/5893, Rapport relatif aux infirmiers et infirmières indigènes en 1931.

ANY 2 AC 1594, Rapport sur les secteurs du SHMP en 1954.

ANY 2 AC 4469, Rapport relatif aux agents sanitaires, 1932/1935.

ANY, APA 10265, 1946.

ANY, APA 1809/A, Transfert des détenus.

ANY, APA 12052/N, Prostitution.

ANY, JOC, n° 107, Décret déterminant au Cameroun l'exercice des pouvoirs disciplinaires, 15 octobre 1924, p. 419.

ANY, JOTC, Arrêté du 7 septembre 1923 réglementant la surveillance de la prostitution.

ANY, JOTC, Arrêté du 7 septembre 1923 réglementant la surveillance de la prostitution.

ANY, JOTOAC, n° 13, Arrêté déterminant les infractions spéciales à l'indigénat, 1^{er} octobre 1917, pp. 157-158

Cameroon Tribune du 18 mars 1980.

Cameroon Tribune, n° 4801 du vendredi 16 mars 1990.

Hôpital Laquintinie de Douala, 2002, *Guide d'Accueil, d'Information et de Sensibilisation*.

JOCF, 1959.

JORFC, (a), modifiant le décret du 22 août 1966, celui du 27 novembre 1968 réorganisant le commissariat général à la santé publique et à la population divise en quatre régions sanitaires le territoire national (région sanitaire du Cameroun occidental, la région sanitaire du littoral et de l'ouest, la région sanitaire du nord et la région sanitaire du centre-sud et de l'est), 1968, pp. 2129-2130.

JORFC, (b), décret du 15 octobre 1968 fixant l'organisation structurelle et le fonctionnement organique des formations hospitalières et sanitaires du Cameroun, p. 1784.

JORFC, arrêté du 18 avril 1970 fixant les objectifs de l'enseignement, le programme des études préparatoires et les modalités de délivrance des diplômes d'État d'infirmier, d'infirmière, de sage-femme et d'infirmier accoucheur, 15 janvier 1971, p. 101.

JORFC, arrêté du 29 mai 1970, relatif aux programmes, horaires et examens de la section médecine du Centre universitaire des sciences de la santé (CUSS), pp. 1198-1207.

JORFC, décret du 26 février 1969 portant création, organisation et fonctionnement des établissements de formation des personnels paramédicaux, 1^{er} mars 1969, pp. 379-381.

JORFC, n° du 15 octobre 1968.

JORFC, n° du 1^{er} novembre 1968.

- JORUC, arrêté du 28 novembre 1972 organisant le fonctionnement des services extérieurs de la sous-direction de la médecine préventive et de l'hygiène publique, 1972, p. 2110.
- Ministère de Plan et de l'Aménagement du territoire. 5^e plan quinquennal de développement économique, social et culturel, 1986-1991.
- Ministère du Plan et de l'Aménagement du territoire (Cameroun), 6^e plan quinquennal de développement économique, social et culturel, 1986-1991.
- Ministère de la Santé Publique (Cameroun), Décision n° 0209/D/MSP/CAB du 2 déc. 1998 portant réorganisation de la lutte contre le Sida au Cameroun, 1998.
- Ministère de la Santé Publique (Cameroun), Décision n° 0335 /MSP/CAB du 29 juillet 2002 portant réorganisation de la lutte contre la Tuberculose au Cameroun, 2002.
- OCCGE, Rapport final de la 9^e conférence technique, tome 2, Bobo Dioulasso, 1969.
- OCCGEAC: Rapport final des activités, 1964.
- OCCGEAC, 1964 et 1965.
- OCCGEAC, Rapport annuel, 1966.
- OCCGEAC, Rapport Final de la cinquième conférence technique, Tome II, Yaoundé, du 4 au 7 mars 1970.
- OCCGEAC, Rapport final de la première conférence technique, Tome I, Yaoundé, du 7 au 11 décembre, 1965.
- OCCGEAC, Rapport Final de la quatrième conférence technique, Tome II, Yaoundé, du 21 au 25 janvier 1969.
- OCCGEAC: Rapport final des activités, 1964.
- OCCGEAC, Rapport annuel, 1967.
- OCEAC, Rapport final des activités, 1968 et 1969.

2.2. En France:

- ANOM, 12854, Les services de la santé publique au Cameroun en 1959.
- ANOM, BIB, 12854, Les services de la santé publique au Cameroun en 1959.
- ANOM, BIB, AOM, 12859, Les services de la santé publique au Cameroun en 1959.
- ANOM, Dossier 940, Carton n° 3033, 3036, 3044, 3047, 3430, Cameroun, 1920-1932.
- ANOM, RAONU, 1947, 1953, 1955.
- ANOM, RASDN, 1921, 1923, 1927, 1928, 1930, 1932, 1935, 1936

360 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

ANOM, Report by His Majesty's Government in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the Council of the League of Nations for the Year 1928.

ANOM, Report by His Majesty's Government in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the Trusteeship Council of the United Nations on the Administration of the Cameroons under United Kingdom Trusteeship for the 1948 and 1951.

ASNOM (Association Amicale Santé Navale et d'Outre-mer), L'œuvre humanitaire du corps de santé colonial français (1890-1968), <http://www.asnom.org> (site consulté le 9 février 2010).

Bulletin Médical de l'AOF, Tâches et problèmes de la santé publique en AOF, n° Spécial, janvier 1954.

IMTSSA Dossier 100, Service d'hygiène mobile et de prophylaxie, lutte contre les Tréponématoses : rapport sur la situation actuelle et le projet d'avenir (1955), rapport sur la conférence Internationale sur le pian et les Tréponématoses. 1955.

IMTSSA Dossier 112 Fonctionnement : rapports annuels administratifs et médicaux, 1955-

IMTSSA Dossier 301 PMI Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises

IMTSSA Dossier 301 PMI. Rapport du Médecin Général Directeur de la Santé Publique,

IMTSSA Dossier 301 PMI. Rapport du Médecin Lieutenant-colonel Farinaud Médecin chef

IMTSSA Dossier 415 PMI. Tâches et buts de la PMI en AOF

IMTSSA, Carton 307, Situation générale en AOF, AEF, Togo, Cameroun et Madagascar... 1944-1953.

IMTSSA Dossier 112 Fonctionnement : rapports annuels administratifs et médicaux, 1955-

IMTSSA, Dossier 307, Situation générale en AOF, AEF, Togo, Cameroun... 1944-1953.

IMTSSA, Dossier 277, Cameroun, lutte antituberculeuse, 1957.

IMTSSA, Dossier 289, Situation sanitaire (dossier tuberculose), 1930-1959.

Rapport annuel du gouvernement français à l'Organisation des Nations unies, 1955.

Rapport annuel du gouvernement français à la SDN : 1922, 1923, 1924, 1925, 1927, 1928, 1929, 1931, 1932, 1937 et à l'ONU : 1947, 1948, 1949, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956 et 1957.

OMS, La tuberculose dans le cadre de la santé publique : Étude de l'équipe consultative pour la tuberculose, 1962.

2.3. Au Sénégal

- ANS 1H 86, Tuberculose, textes et circulaires, 1954-56; documentation générale, 1931-55; correspondance générale, 1948-1959; étude sur la tuberculose en A.O.F., 1925-58 1925-1959
- ANS 1H109/163, Conventions sanitaires internationales.
- ANS 1H122/163, Démographie en AOF.
- ANS 1H21/26, Protection de la santé publique.
- ANS 1H25 (26), Action sociale: difficultés de l'accroissement des villes (1934-41); action sociale à Dakar (1941); protection maternelle et infantile (instructions sur la lutte contre la mortalité infantile mise à jour au 1/6/1940. Gorée, impr. du Gouv. Général, 1940). Protection des travailleurs; lutte antialcoolique. 1934-1944
- ANS 1H25/26, Action sociale.
- ANS 1H48/144, Affaires médicales diverses; prostitution.
- ANS 1H49/163, Rapports fournis à l'OMS sur la santé en AOF; campagnes de masse.
- ANS 1H50/163, Les tréponématoses rapport fournis à l'OMS.
- ANS 1H83/163, Les tréponématoses; correspondances techniques.
- ANS 1H84/163, Tréponématoses; Documentation; syphilis des marins de commerce.
- ANS 21G 100/17, Les maisons de tolérance.
- ANS 21G 26/17, Police des mœurs réglementation des spectacles, publication pornographiques.
- ANS 21G 49/17, Développement des grandes villes en AOF.
- ANS 22G 75/132, Recensement démographique dans les territoires du Groupe.
- ANS 2G 1/7/4, Rapport médical annuel de la colonie du Sénégal.
- ANS 2G24-35, Inspection Générale des services sanitaires et médicaux, rapport médical annuel, 1924.
- ANS 2G28-40, Rapport annuel d'ensemble des colonies du groupe de l'AOF, ARS, 1928.
- ANS 2G29-20, Rapport annuel des services de santé de Dakar et Dépendances, ARS, 1929.
- ANS 2G29-21, A.O.F. Inspection générale des services sanitaires et médicaux. Rapport annuel, 1929.
- ANS 2G31-25, Rapport annuel de santé de l'Hôpital central indigène, ARS, 1931.
- ANS 2G33-19, Rapport annuel du service de santé de la Circonscription de Dakar et Dépendances, Dakar, ARS, 1933.
- ANS 2G36-43, Rapport annuel de santé de l'Hôpital central indigène, 1936, ARS.
- ANS 2G57-41, Institut d'Hygiène Sociale: Rapport d'activités, 1955.

362 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE ?

ANS 2H12/26, Programme d'action sociale.

ANS H115, Circulaires relatives aux soins gratuits et aux appareils des mutilés de guerre 1925-26; hospitalisation des indigents, 1926-43; Régime administratif et financier des établissements hospitaliers. 1926-43. Circulaire du Gouverneur du Sénégal sur les pièces justificatives à produire pour l'hospitalisation des indigents, n° 47 AG, S Louis, 9 février 1939. ARS.

ANS H12 AOF, Rapport sur le cours des élèves aides médecins indigènes.

ANS H16, Dix ans de nosologie à l'hôpital de Saint-Louis par le docteur Carpot (1889-1899).

ANS H42 (1874-1882): Maladies vénériennes. Correspondance du Chef de service de l'Intérieur, 27 septembre-28 septembre 1882.

ANS, 2G38/14, Rapport médical annuel des services sanitaires de Dakar et Dépendances.

ANS, BAS 1906, Rapport au Gouverneur Général de l'AOF.

ARS 2G26-2: AOF.: Inspection générale des services sanitaires et médicaux. Rapport médical annuel, 1926.

ARS, 2H114 (26), Polyclinique Roume de Dakar. Construction d'un dispensaire antituberculeux: correspondance, plans, 1954-1955.

Champeau M.F., *Premiers aperçus sur la syphilis dans la vallée du fleuve Sénégal*, Gouvernement général de l'AOF, SGHMP, ANS, 1953.

Masseguin M., Ridet J., *Lutte contre les tréponématoses en Afrique occidentale Française*, Gouvernement général de l'AOF, Direction générale de la santé publique, ANS, 1953.

OMS, *L'arrangement de Bruxelles de 1924 relatif aux facilités à donner aux marins du commerce pour le traitement des maladies vénériennes*, Rapport technique 150, ANS., 1958.

OMS., 4^e *Rapport du comité d'Experts des Maladies Vénériennes et des Tréponématoses*, Rapport technique n° 63, ANS, 1953.

Pinard M., *De la propagation des maladies vénériennes par les maisons de tolérance. Les scandales de la prostitution réglementée*, ANS.

RAONU, 1953 - 1955.

Rapport annuel des services de santé de l'A.O.F. et du Sénégal, 1925-1951.

Rapport au Gouverneur général de l'AOF, suivi d'un arrêté portant création d'un service d'assistance médicale indigène de l'AOF. JO du Sénégal, n° 216, 16 février 1905, pp. 92-93.

RASDN, 1922-1936.

Ricou, *Les maladies vénériennes en AOF*, Rapports préparés pour le comité d'hygiène et d'épidémiologie d'Alger, 1943, ANS.

Ridet J., *Tréponématoses africaines, Mémento clinique et sérologique, Campagne de masse*, ANS, s.d.

Thiroux A., *Les maladies vénériennes dans les colonies françaises*, Rapports présentés au congrès colonial national de la santé publique et de la prévoyance sociale, ANS, 1922.



Les contributeurs de l'ouvrage



Marielle AULAGNIER est démographe et titulaire d'un master en santé publique, spécialité Épidémiologie. Elle a travaillé plus de sept ans en qualité de chargée d'études à l'Observatoire Régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur sur des projets de recherches en sciences sociales dans des domaines variés (pratiques des professionnels de santé, santé mentale, impact des catastrophes naturelles...). Depuis 2007, elle se consacre plus particulièrement aux questions de santé en Afrique. Elle a mené plusieurs études (accès aux soins de santé primaires, enquête de mortalité rétrospective, enquête CAP VIH...) en République Démocratique du Congo pour l'ONG Aide Médicale Internationale (2007-2008) et collaboré à des projets de recherches sur le VIH et ses maladies associées en Afrique subsaharienne au sein de l'UMR 912-Se4S (2009-2010).

Maymouna BA, titulaire d'un DEA de sociologie à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, a travaillé sur les mécanismes d'amélioration de l'accès aux soins au Sénégal, notamment un système de forfaitisation des soins d'accouchement, l'assistance aux démunis dans les formations sanitaires et les questions de gratuité. Elle est actuellement étudiante à l'Université Senghor d'Alexandrie.

Fatoumata CAMARA, doctorante en histoire à l'Université de Dakar s'intéresse aux questions de santé depuis 2008, a fait son mémoire de maîtrise sur l'histoire de la santé infantile en milieu rural et prépare un doctorat sur la prise en charge de la tuberculose au Sénégal.

Fatoumata HANE est socioanthropologue. Enseignante chercheur à l'Université de Ziguinchor et membre de l'UMR 912. Elle a travaillé comme post doctorante dans ce projet et fut responsable du volet anthropologie au Sénégal. Fatoumata Hane mène des

recherches en anthropologie des professions de santé, notamment sur la construction de l'expertise médicale et l'action des ONG sur la prise en charge du VIH au Sénégal.

Alioum IDRISSOU est enseignant/chercheur à l'Université de Yaoundé I au Cameroun. Titulaire d'un doctorat/PhD d'histoire sociale, ses recherches en Afrique et au Cameroun portent notamment sur l'enfermement, le contrôle social et la marginalité, sur les esclavages dans les sociétés de type clanique, lignager, «segmentaire», décentralisé ou dispersé et sur les constructions des «lutttes» et «représentations» autour des maladies dites «sociales». Il est auteur et co-auteur sur ces thématiques de plusieurs articles et chapitres d'ouvrages.

Anne JUILLET, docteur en économie, était en 2006 et 2007 directeur de recherche, responsable du développement des questions en économie de la santé au sein du laboratoire UR002 de l'IRD. Elle a beaucoup travaillé sur les questions d'accessibilité aux soins des patients et d'équité au Mali, au Niger, en Côte d'Ivoire et au Cameroun. Depuis 2008, elle est conseiller technique à Abt Associates à Abidjan (Côte d'Ivoire) et s'intéresse notamment aux problématiques liées aux ressources humaines et aux différents systèmes de motivations permettant de fidéliser le personnel de santé dans leur poste.

Christopher KUABAN est médecin pneumologue et spécialiste en santé publique. Professeur de pneumologie et de santé publique, il est le chef du département de santé publique à la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'Université de Yaoundé 1, et coordonnateur général du cycle de spécialisation. Il est l'ancien secrétaire permanent du PNLT du Cameroun et actuellement conseiller médical de l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Depuis de nombreuses années, ses recherches portent sur la tuberculose, les infections respiratoires, la pathologie pleurale, le VIH et la santé dans les prisons.

Sandrine LOUBIÈRE est économiste. Après une thèse de doctorat en sciences économiques sur l'économie de la prévention appliquée à l'infection à VHC, où elle s'est intéressée à la notion de risque

socialement acceptable en santé publique, elle a choisi d'orienter ses travaux de recherche dans le domaine du VIH/SIDA. Elle s'intéresse plus spécifiquement à la question de la prévention et de l'accès au traitement chez les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement. Elle a développé entre 2000 et 2009 des activités d'expertise sur l'économie des maladies infectieuses notamment pour l'HAS, la DGS, l'Inserm et le NHS en Angleterre. Depuis 2007, elle est économiste de la santé (post-doctorat) au sein de l'UMR 912, à Marseille.

Josiane MBALLA, doctorante en anthropologie (ANRS, UMR912-INSERM), a préalablement mené des études sur le paludisme, à la suite desquelles elle a effectué un mémoire de maîtrise portant sur les discours et pratiques des patients et professionnels de santé à propos de la prise en charge de cette pathologie. Elle a ensuite soutenu un mémoire portant sur la structuration et les pratiques des différents acteurs (consommateurs et vendeurs) impliqués dans ce secteur d'activité. Ses travaux de thèse en cours portent également sur l'usage du médicament, mais cette fois sur la problématique de l'observance dans le cadre de la prise en charge de la coinfection VIH-TB.

Mor NDAO a été d'abord instituteur principal et professeur principal certifié d'enseignement secondaire. Docteur en histoire, il est, depuis 2004, enseignant-chercheur à l'Université de Dakar. Il a effectué des travaux sur les questions alimentaires et a publié plusieurs articles portant sur la médecine coloniale, la santé infantile et maternelle et l'histoire des crises sanitaires. En 2009, il a publié à L'Harmattan un ouvrage intitulé *Le ravitaillement de Dakar de 1914 à 1945*.

Jean-Baptiste NZOGUE est, depuis 2006, attaché d'enseignement et de recherche au département d'histoire de l'Université de Yaoundé I. Ses recherches portent sur les systèmes de santé et l'action humanitaire internationale. Il a soutenu à l'Université de Yaoundé 1 en 2005, un mémoire de DEA en histoire sur *L'action humanitaire du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge au Cameroun, de la période coloniale à 2003* et sa thèse de doctorat/Ph.D (déposée pour la soutenance à l'UY I)

s'intitule *La santé publique au Cameroun sous administration française, 1916-1957*.

Antoine SOCPA est enseignant-chercheur au département d'anthropologie de l'Université de Yaoundé I. Ses recherches et enseignements se situent dans les domaines de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie du développement. Il a mené de nombreuses études sur les aspects socioculturels du VIH-SIDA au Cameroun et a par ailleurs publié un ouvrage *Démocratisation et autochtonie au Cameroun. Trajectoires régionales divergentes*, en 2003.

Laurent VIDAL est anthropologue, directeur de recherche à l'IRD (Institut de recherche pour le développement). Il mène depuis plus de vingt ans des recherches sur la santé en Afrique, dans les domaines du sida, de la tuberculose, du paludisme et de la santé maternelle. Il associe ces recherches, le plus souvent pluridisciplinaires, à une réflexion épistémologique sur les sciences sociales dans des contextes de développement. Ses travaux ont donné lieu à plusieurs ouvrages notamment, *Le silence et le sens; Femmes en temps de sida; Ritualités, santé et sida en Afrique; Faire de l'anthropologie* ainsi que *Les objets de l'anthropologie*, codirigé avec O. Leservoisier et *L'anthropologie de l'aide humanitaire et du développement*, codirigé avec L. Atlani-Duault), à partir de recherches menées au Niger, en Côte d'Ivoire, au Sénégal. Il poursuit actuellement ses recherches au Cameroun.



Table des matières



REMERCIEMENTS	5

Laurent VIDAL et Christopher KUABAN

Introduction

LES ANTHROPOLOGUES, LES HISTORIENS ET UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE	7

Laurent VIDAL, Alioum IDRISOU, Christopher KUABAN

1. Préalables	9
2. Quels apports de l'anthropologie et de l'histoire?.....	11
2.a. Renouveau des approches et application critique en anthropologie	11
2.b. Renouveau thématique et démarche prospective en histoire	13
3. Quelles attentes de l'anthropologie face à l'histoire, et réciproquement?	15
3.a. Les anthropologues vis-à-vis des historiens	15
3.b. Les historiens vis-à-vis des anthropologues	17
4. Modalités concrètes du croisement	18
4.a. Dispositif méthodologique général	18
4.b. Croisements dans la structuration de l'ouvrage	21

Première partie :

LES CONSTRUCTIONS DE LA «LUTTE» CONTRE LA COINFECTION TB/VIH	27

Chapitre 1

LES PRISES EN CHARGE DES PATHOLOGIES VÉNÉRIENNES PAR LE POUVOIR COLONIAL AU SÉNÉGAL ET AU CAMEROUN, 1850-1960.....	29

Mor NDAO et Alioum IDRISOU

1. Introduction	29

370 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

2. Les MST dans le tableau nosologique colonial: ancienneté et distribution.....	31
2.a. Rythmes et temporalités de la prise en charge des maladies vénériennes dans le Sénégal et au Cameroun sous la colonisation.....	31
2.b. Distributions.....	33
2.b.1. Distribution géographique.....	33
2.b.2. Distribution selon la «race»: la «racialisation» de problèmes médicaux..	37
2.b.3. Distribution selon l'âge.....	39
3. Les politiques face aux pathologies vénériennes.....	41
3.a. Les infrastructures.....	41
3.a.1. Le service fixe.....	41
3.a.2. Le dispositif du service mobile.....	44
3.b. Évolutions et innovations thérapeutiques.....	46
4. La question de la prostitution.....	48
5. Conclusion: des MST du passé au sida: enseignements et éclairages.....	54

Chapitre 2

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN ET AU SÉNÉGAL (1924-1996).....	57

*Jean-Baptiste NZOGUE, Fatoumata CAMARA,
Christopher KUABAN*

1. Introduction.....	57
2. La prise en charge de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal sous domination coloniale: 1924-1960.....	58
2.a. Les démarches prophylactiques: le dépistage, la vaccination par le BCG et la sensibilisation...	58
2.b. L'hébergement et le traitement des tuberculeux.	66
3. Les États indépendants du Cameroun et du Sénégal face à la tuberculose.....	70
3.a. La question des dépistages et de la vaccination BCG.....	70
3.b. La problématique des traitements.....	75
3.c. Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose: élaboration précoce, matérialisation tardive.....	79

4. Conclusion	84

Chapitre 3

LA STRUCTURATION DES INSTITUTIONS DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE SIDA AU SÉNÉGAL ET AU CAMEROUN	87

*Fatoumata HANE, Antoine SOCPA, Laurent VIDAL,
Christopher KUABAN*

1. Introduction	87
2. Structuration des luttes contre la tuberculose et le sida au Sénégal et au Cameroun	88
2.1. L'expérience sénégalaise	88
2.2. L'expérience camerounaise	92
3. Croisements des prises en charge TB/VIH: prémisses de rapprochements et formes de collaboration	95
4. Obstacles structurels de la PEC croisée de la TB/VIH	101
5. Conclusion	105

Deuxième partie:

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ:

FORMATIONS ET PRATIQUES	107

Chapitre 4

ACTEURS ET STRUCTURES DE SANTÉ DANS LES PRISES EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN ET AU SÉNÉGAL COLONIAL	109

Mor NDAO, Jean Baptiste NZOGUE

1. Introduction	109
2. Le pouvoir colonial à l'épreuve de la marche progressive de l'infection tuberculeuse	110
3. Les professionnels de la santé et les structures de formation	114
3.a. Les structures de formation	114
3.a.1. L'école de médecine de Dakar	114

372 • SIDA ET TUBERCULOSE: LA DOUBLE PEINE?

3.a.2. L'école africaine de médecine, de pharmacie et de sages-femmes.....	116
3.a.3. La formation autour de la tuberculose.....	117
3.b. Les professionnels de santé.....	118
3.b.1. Le corps paramédical: les infirmières visiteuses	119
3.b.2. Le corps médical	124
3.b.2.1. Les médecins européens.....	124
3.b.2.2. La formation des médecins en service aux colonies	128
3.b.2.3. La première génération de médecins africains: les aides médecins.....	129
4. Les structures de santé dans les prises en charge de la tuberculose	133
4.a. Le dispositif du service fixe.....	134
4.b. Le dispositif du service mobile: La section tuberculose du SGHMP	136
5. Conclusion	139

Chapitre 5

ACTEURS ET STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES VÉNÉRIENNES AU CAMEROUN ET AU SÉNÉGAL, DE LA PÉRIODE COLONIALE À L'ARRIVÉE DU VIH	141

Alioum IDRISSOU et Mor NDAO

1. Argumentaire et problématique	141
2. Personnels de santé, dispositifs de soins et traitements.....	142
2.a. Profil et formation des personnels de santé: hétéroclisme et polyvalence	142
2.a.1. Des infirmiers bénévoles aux assistants sanitaires.....	143
2.a.2. Des aides de santé aux médecins africains	144
2.a.3. Les infirmières visiteuses.....	146
2.a.4. Des assistantes sociales aux sages femmes	146
2.a.5. Les aides médecins africains	147

2.b. Dispositif de soins et traitements	148
3. Infrastructures de prise en charge: typologie et fonctionnement.....	151
3.a. Des établissements fixes: de la polyvalence à la spécialisation	151
3.b. Le service mobile.....	154
4. Conclusion	157

Chapitre 6

EFFETS DE LA GRATUITÉ ET REPRÉSENTATIONS AUTOUR DES «MALADIES SOCIALES»	159
<i>Maymouna BA, Fatoumata HANE, Mor NDAO, Josiane MBALLA, Alioum IDRISOU, Jean-Baptiste NZOGUE</i>	

1. Introduction	159
2. Historique de la gratuité de la prise en charge de la tuberculose et du VIH	160
2.a. L'accès aux soins en contexte colonial: un système sanitaire discriminatoire	160
2.b. La gratuité dans le contexte spécifique de la tuberculose et des maladies vénériennes...	162
3. Les conditions actuelles de la mise en œuvre de la gratuité	164
3.a. L'«exception-sida» dans la gestion des maladies: reflet des niveaux de gratuité distincts entre pathologies	165
3.b. Une décentralisation du VIH corollaire d'une gratuité à deux vitesses	167
3.c. Pratiques médicales tributaires de la gratuité....	171
4. Effets des représentations sociales sur les prises en charge gratuites	173
4.a. Le VIH et la tuberculose, des maladies de la pauvreté?.....	174
4.b. La prise en charge des tuberculeux et patients VIH «cas sociaux».....	176
4.c. Lorsque la gratuité crée de la discrimination envers les PVVIH: cas du Sénégal.....	179
5. Conclusion	181

Chapitre 7

LES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA COINFECTION TUBERCULOSE/VIH EN CONTEXTE DE DÉCENTRALISATION AU CAMEROUN ET AU SÉNÉGAL.....	183

Josiane MBALLA, Fatoumata HANE, Maymouna BA

1. Introduction.....	183
2. Configuration des dispositifs de prise en charge de la tuberculose et du VIH au sein de structures sanitaires des niveaux central et périphérique	184
3. La prise en charge de la coinfection VIH-TB dans les structures sanitaires: typologie de l'intégration	192
3.a. Intégration partielle.....	193
3.b. Intégration forte.....	197
3.c. Intégration totale	199
4. La prescription de la thérapie conjointe: entre norme médicale, empathie et méconnaissance.....	202
5. Conclusion	209

Chapitre 8

DYNAMIQUES PROFESSIONNELLES AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE CROISÉE DE LA TUBERCULOSE ET DU VIH AU SÉNÉGAL ET AU CAMEROUN.....	211

*Fatoumata HANE, Maymouna BA,
Antoine SOCPA, Josiane MBALLA*

1. Introduction.....	211
2. Constructions de carrières et enjeux de positionnement pour les corps professionnels	212
2.a. Reprofessionnalisation-déprofessionnalisation: stratégies de positionnement autour de la prise en charge du VIH	212
2.b. Carrières et expertises autour du VIH: médecins et assistants sociaux	214
2.c. Les non professionnels dans la prise en charge des pathologies: les ASC et ARC pour répondre au manque de personnel.....	219

2.d. La professionnalisation des associatifs: les médiateurs et patients experts.....	221
2.e. Un corps professionnel central dans le système de santé mais marginalisé pour le VIH: les infirmiers	222
3. Les formations continues: palliatif au déficit de formations initiales ou nouveaux processus de professionnalisation?	224
4. Conclusion	229

Chapitre 9

CATÉGORISATIONS HISTORIQUES DES MALADES ET DES VECTEURS DE MALADIES	231

*Fatoumata CAMARA, Alioum IDRISOU,
Jean Baptiste NZOGUE, Mor NDAO*

1. Catégorisations historiques des malades	231
1.a. Catégorisations basées sur la classification sociale ou de la localisation de la maladie	232
1.b. Incidence de la chimiothérapie sur la catégorisation des malades.....	239
2. Les vecteurs de maladies.....	242
2.a. De l'extérieur aux colonies	242
2.b. Les «indigènes»	245
3. Des villes à l'hinterland ou de l'hinterland aux villes?	248
3.a. Les tirailleurs.....	248
3.b. La «population flottante» et les prostituées.....	250
4. Conclusion	254

Chapitre 10

STIGMATISATION ET BANALISATION DE LA MALADIE: NOUVELLES APPROCHES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA COINFECTION TB-VIH DANS DES STRUCTURES SANITAIRES AU CAMEROUN ET AU SÉNÉGAL.....	257

Josiane MBALLA, Fatoumata HANE, Maymouna BA

1. Introduction.....	257
2. Approche différenciée de la stigmatisation et de la discrimination au regard des circuits des patients tuberculeux et infectés par le VIH.....	258
3. Impact de la stigmatisation sur le comportement thérapeutique des patients coinfectés.....	266
4. De la dé-stigmatisation à la banalisation: perceptions des professionnels de santé et pratiques de prise en charge conséquentes.....	273
5. Stigmatisation et rapport des professionnels de santé au risque face à la coinfection.....	277
6. Conclusion	280

Chapitre 11

LES ASSOCIATIONS FACE AUX INSTITUTIONS: SIDA, TUBERCULOSE ET COINFECTION	283

*Laurent VIDAL, Fatoumata HANE,
Maymouna BA, Josiane MBALLA*

1. Arguments et démarche	283
2. Configurations associatives	286
2.a. L'espace associatif du sida	286
2.b. Des associations face à la tuberculose: arguments collectifs et individuels.....	288
3. Associations et institutions: collaborations, sollicitations, intégrations	292
3.a. Principes généraux des relations	292
3.b. Le CCM et les représentants de la société civile au Cameroun: visibilités des associations, marginalisation de la tuberculose.....	293

3.c. Associations et institutions au Sénégal: particularités de la tuberculose et contraintes générales du sida	300
4. Conclusion: renouvellement d'une rencontre ou permanence de modes de collaboration?.....	302

Chapitre 12

VIVRE AVEC LA TUBERCULOSE ET LE VIH: UNE ENQUÊTE QUANTITATIVE AUPRÈS DE PATIENTS PRIS EN CHARGE AU CAMEROUN.....	305

*Marielle AULAGNIER, Sandrine LOUBIERE,
Anne JUILLET, Josiane MBALLA, Antoine SOCPA,
Laurent VIDAL, Christopher KUABAN*

1. Introduction	305
2. Méthodologie	307
3. Qui sont les personnes tuberculeuses prises en charge au Cameroun?	309
4. Quelle prise en charge pour les patients tuberculeux?	312
4.a. Du diagnostic de la tuberculose.....	312
4.b. ...au dépistage du VIH.....	313
4.c. La prise en charge des patients tuberculeux et/ou coinfectés.....	315
5. Les dépenses de santé des patients tuberculeux.....	316
6. Discussion.....	317
6.a. Des délais entre symptômes et diagnostic de la tuberculose encore importants pour une majorité des personnes: entre obstacles individuels aux facteurs structurels...	317
6.b. Des dépenses de santé encore élevées.....	320
6.c. La stigmatisation comme cofacteur explicatif de la démarche de recours aux soins	323
6.d. Le cas de la coinfection: du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux.....	323
6.e. ...à la prise en charge des patients coinfectés...	325
7. Conclusion	325

Conclusion

QUELS APPORTS DES SCIENCES SOCIALES

À UNE PRÉOCCUPATION DE SANTÉ PUBLIQUE? 327

Laurent VIDAL et Christopher KUABAN

1. Cadres d'une réflexion..... 329
2. Constats de sciences sociales
pour la santé publique..... 331
 - 2.a. Les constructions de la « lutte »
contre la coinfection 331
 - 2.b. Formations, pratiques et expertises
des personnels de santé..... 333
 - 2.c. Mises en scènes institutionnelles, réponses
individuelles et mobilisations collectives
par rapport à la tuberculose et au VIH..... 335

ACRONYMES..... 337

BIBLIOGRAPHIE..... 341

1. Articles, ouvrages et chapitres d'ouvrage 341
2. Documents d'archives 358
 - 2.1. Au Cameroun..... 358
 - 2.2. En France..... 359
 - 2.3. Au Sénégal 361

LES CONTRIBUTEURS DE L'OUVRAGE..... 365

TABLE DES MATIÈRES..... 369



Les luttes contre le sida et la tuberculose ne peuvent plus être menées séparément, et ces deux maladies doivent être prises en charge simultanément : au-delà de ce slogan des organisations internationales et des pays les plus touchés par ces deux maladies, une réalité complexe émerge. Pour en comprendre les enjeux – aussi bien pour le système de santé, les professionnels qui délivrent les soins, ou les malades – des chercheurs en sciences sociales ont, pour la première fois dans le monde francophone, décidé d'examiner le quotidien du travail des soignants et de l'organisation du système, dans deux pays africains, le Cameroun et le Sénégal.

En associant regard sur l'histoire de la tuberculose et des maladies vénériennes, et souci du présent, s'observent alors des permanences (autour des questions d'observance des traitements, de gratuité, de décentralisation) et des situations inédites (les nouvelles tâches des soignants, les liens entre le centre et la périphérie). À la souffrance des malades à la fois tuberculeux et porteurs du VIH s'ajoutent les difficultés des professionnels et du système de santé pour faire face à la coinfection : comment surmontent-ils tous cette double peine ? Cet ouvrage nous donne des clefs pour le comprendre.

LAURENT VIDAL est directeur de recherche à l'IRD (Institut de recherche pour le développement à Marseille), dont il dirige le département « Sociétés ». Anthropologue, ses réflexions portent sur la santé en Afrique (autour du sida, de la tuberculose, du paludisme et de la santé maternelle) et l'épistémologie des sciences sociales, objets de plusieurs ouvrages.

CHRISTOPHER KUABAN est professeur de médecine, chef de service hospitalier à Yaoundé et chercheur en santé publique. Spécialiste de pneumologie et de santé publique, ancien secrétaire permanent du programme national de lutte contre la tuberculose du Cameroun, il a mené de nombreuses recherches sur la tuberculose.

