

Santé publique**Évolution des Programmes Nationaux de Lutte Contre l'Infection à VIH et le Sida au Cameroun, de 2000 à 2015***Evolution of national programs for the fight against HIV infection and AIDS in Cameroon, from 2000 to 2015*

Mossus-Etounou T¹, Essi MJ.¹, Ache Isseini¹, Souore-Sanda J.¹,
Pan'na-Elemzo S. B.¹, Boyomo-Assala L. C.², Mbanya D³

¹. Laboratoire de Recherche sur les Hépatites et la Communication en Santé-FMSB/UYI ;

². Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de l'Information et de la Communication, UYI

³. Département d'Hématologie – FMSB/UYI

Auteur Correspondant: Tatiana Mossus-Etounou. Email :tatianamossus@gmail.com

ABSTRACT

HIV infection and AIDS represent a major public health concern in Cameroon, as they cause a tragic impact on human, social and economic development of the country. Since the first cases in 1985, the country established a strong individual, community and governmental mobilisation, to block the road to the outbreak, under the coordination of the National AIDS Control Committee (NACC).

It was realized a description of the evolution of decision paradigms for the fight against HIV and AIDS on the basis of a substantive analysis of the various strategic plans developed and implemented by NACC between 2000 and 2015. The objective here was to identify the progress made and the challenges to be addressed for a better use of the resources invested.

Thus, the priority areas of the fight remained the same, although there has been over time a development marked by the involvement of sectors other than health, and the decentralisation of intervention strategies. HIV prevalence has declined in the general population, but remained high in certain risk groups. The gender aspects are better taken into account, but research results are still undervalued.

For the future, a fundamental change is needed, despite the current financial context marked by a global economic crisis. This change implies among other things, changes in strategies against the disease in a constructivist approach involving greater cooperation between the actors, and a reorientation of public health decision-making, from "eminence-based" towards "evidence-based".

INTRODUCTION

L'épidémie à VIH s'est déclarée officiellement au Cameroun en 1985 avec 21 cas confirmés d'infection. Durant les quinze années suivantes, la prévalence n'a cessé de croître, passant de 0,5% en 1987 à 11,8% en 2002, et faisant de la lutte contre le VIH une priorité nationale [1,2]. Toutes les couches socio-économiques sont touchées, mais plus particulièrement les femmes, les jeunes, et d'autres groupes de population vulnérables ou présentant des comportements à risque. La riposte à l'épidémie au Cameroun a été précoce, avec la création en 1986 du

RÉSUMÉ

L'infection à VIH et le SIDA représentent des problèmes majeurs de santé publique au Cameroun, tant ils causent un impact tragique sur le développement humain, social et économique du pays. Dès l'apparition des premiers cas en 1985, le pays a mis en place une forte mobilisation afin de barrer la route à l'épidémie.

Une analyse de fond des différents plans stratégiques nationaux élaborés et mis en œuvre entre 2000 et 2015 a permis de décrire l'évolution des paradigmes décisionnels de lutte contre le VIH et le SIDA, de dégager les progrès accomplis et de relever les défis à adresser pour de meilleurs résultats.

Cette analyse a révélé une amélioration de l'implication des secteurs autres que la santé et une décentralisation effective des interventions au fil du temps. La prévalence du VIH bien qu'ayant régressé, est restée élevée dans certains groupes à risque. Les aspects liés au genre sont mieux pris en compte, mais les résultats de la recherche restent peu valorisés.

Pour le futur, un changement de fond s'impose avec l'évolution des stratégies de lutte contre la maladie, dans une démarche constructiviste impliquant une plus grande collaboration entre les acteurs, et une réorientation de la prise de décision en santé publique, de l'« eminence-based » vers l'« evidence-based ».

Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), puis du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) en 1998, chargé de la coordination, du suivi et de la gestion du PNLS [3]. Le CNLS s'est attelé dès 1999 à mettre sur pied des stratégies d'urgence en réponse à l'épidémie. Mais face à des résultats mitigés, attribués notamment à une gestion uni sectorielle et centralisée du programme, des plans stratégiques nationaux à visée multisectorielle et décentralisée ont vu le jour dès

l'année 2000. Des études visant à évaluer l'impact des politiques nationales de lutte contre l'épidémie ont été réalisées dans plusieurs pays afin de partager l'expérience acquise en termes de réussites ou d'échecs des stratégies mises en place. Au Cameroun, trente ans après la déclaration des premiers cas, une analyse de l'évolution des paradigmes décisionnels de lutte contre l'épidémie est plus que d'actualité, afin de mieux adresser les défis et les obstacles à l'atteinte des objectifs fixés.

ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE L'INFECTION A VIH ET LE SIDA AU CAMEROUN

Au Cameroun, la lutte contre le VIH et le Sida est organisée suivant l'esprit des trois principes de l'Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida (ONUSIDA), à savoir : (i) un cadre national commun de lutte contre le Sida appelé Plan Stratégique National (PSN), (ii) un seul organe national de coordination de la riposte au Sida à représentation large et multisectorielle qui est le CNLS, et (iii) un seul système de suivi et évaluation à l'échelon national [3]. Jusqu'en 1999, les actions du CNLS étaient principalement menées dans les hôpitaux et les laboratoires ; ce qui n'a pas permis d'avoir des résultats probants [1]. On a plutôt assisté à une augmentation exponentielle de la prévalence du VIH (Figure 1).

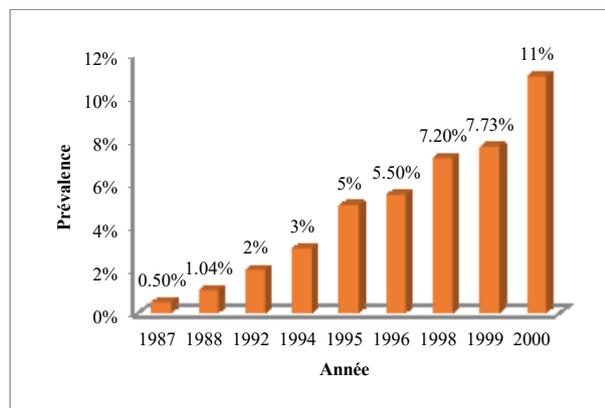


FIGURE 1 : TENDANCE ÉVOLUTIVE DE LA SÉROPRÉVALENCE DE L'INFECTION À VIH DANS LA POPULATION SEXUELLEMENT ACTIVE AU CAMEROUN DE 1987 À 2000 [1,4]

Face à cette situation, le CNLS a élaboré et mis en œuvre dès l'an 2000, des PSN à visée multisectorielle et décentralisée, afin de renforcer la riposte à l'épidémie. La présente étude, à visée bibliométrique, fait une analyse de l'évolution des domaines d'intervention prioritaires de lutte définis dans les trois PSN élaborés pour les périodes de 2000-2005, 2006-2010 et 2011-2015, à savoir la prévention de la

transmission, la prise en charge des cas, la promotion de la recherche et la coordination du programme [5].

ÉVOLUTION DES STRATÉGIES NATIONALES DE LUTTE FACE A L'ÉPIDÉMIE

A. Prévention de la transmission du VIH

Dans le PSN 2000-2005, les stratégies de prévention du VIH étaient axées sur : (i) la promotion de l'utilisation du préservatif, (ii) la sensibilisation sur les risques d'infection liés aux pratiques traditionnelles et culturelles, (iii) la sécurité transfusionnelle et (iv) des interventions sur les facteurs socioéconomiques liés à l'infection telles que l'accès des populations vulnérables aux activités génératrices de revenus [1]. La prévention chez les jeunes était axée sur la mise en place de stratégies de communication visant l'amélioration de leur niveau de connaissances sur le VIH et le Sida, le renforcement des valeurs morales et la promotion des comportements sexuels à moindre risque [1]. Chez les femmes, il s'agissait (i) d'adresser les facteurs socio-économiques de leur vulnérabilité face à l'épidémie, (ii) de réduire la transmission mère-enfant (TME) du VIH, et (iii) de promouvoir l'usage du préservatif féminin [1].

Selon les données de la 3ème Enquête Démographique et de Santé (EDS), malgré une baisse de la prévalence du VIH, le Cameroun était toujours en fin 2004 en contexte d'épidémie généralisée. La prévalence était de 5,5% dont 6,8% chez les femmes et de 4,1% chez les hommes, et les jeunes de 15 à 24 ans constituaient toujours un groupe vulnérable (Figure 2) [6].

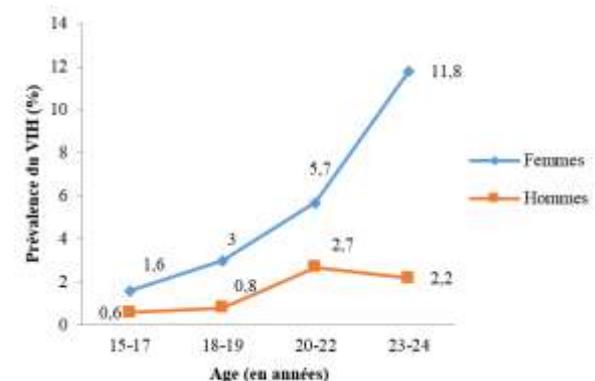


FIGURE 2 : PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES DE 15 À 24 ANS AU CAMEROUN EN 2004 [2]

Dans le PSN 2006-2010, les stratégies de prévention ont évolué avec la promotion du conseil et du dépistage volontaire en stratégie fixe et en stratégie mobile [2]. Ce plan a également vu l'identification de nouveaux groupes à risque, dont les forces de défense et de sécurité (hommes en tenue), les camionneurs, les populations vivant aux abords du pipeline Tchad-

Cameroun, et les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV). Au cours de cette période, on a assisté à une plus grande implication des secteurs autres que la santé dans la lutte contre l'épidémie. Ainsi, chez les femmes, sous le leadership du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, et en collaboration avec les partenaires au développement, des campagnes de sensibilisation ont été organisées sur l'adoption des comportements à moindre risque, la lutte contre les violences faites aux femmes, le dépistage pré-nuptial et en couple du VIH ; et des actions spécifiques ont été menées en direction des groupes dont la culture tolère des pratiques jugées néfastes au bien-être des femmes [2].

Au terme de la période 2006-2010, la prévalence a encore régressé, mais est restée élevée avec des foyers importants dans certains groupes de la population ou certaines Régions. Dans le PSN 2011-2015, il s'agissait donc, partant de ces résultats, de développer des stratégies efficaces et efficientes pour renforcer la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) dans les groupes et les Régions où l'épidémie était importante, en prenant le soin de maintenir un niveau acceptable de réponse dans les autres parties du pays ; d'adresser les préoccupations liées à la sécurité transfusionnelle ; et d'éliminer la TME [7].

B. Prise en charge des cas

Dans le PSN 2000-2005, la prise en charge des cas portait sur : (i) l'amélioration de la prise en charge des IST, (ii) la réduction de la stigmatisation des personnes infectées et/ou affectées par le VIH, (iii) l'extension de l'accès des services de prise en charge aux TS et à leurs partenaires réguliers, (iv) l'optimisation de la gestion des ressources humaines en santé et (v) le développement d'un appui social de proximité [1]. Ces stratégies ont été renforcées dans le PSN 2006-2010 avec (i) la décentralisation des structures de prise en charge, et (ii) la réduction des coûts de traitement et des examens biologiques [2]. Dans le domaine du traitement, les efforts de décentralisation du PSN 2006-2010 dans les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont permis d'accroître de manière exponentielle le nombre de personnes sous antirétroviraux (ARV). Au terme du PSN 2006-2010, on a observé une proportion grandissante de patients passant en 2ème ligne, dénotant des insuffisances dans le suivi des malades, ainsi qu'un gap important entre les besoins et le nombre de personnes sous ARV. Il s'agissait donc dans le PSN 2011-2015, de développer des stratégies pour un accès universel aux soins et traitement des PVVIH. Ces stratégies portaient sur : (i) la poursuite de la décentralisation, (ii) l'intégration des services visant la prise en charge des

comorbidités associées au VIH et au Sida, (iii) la délégation des tâches et (iv) l'implication des communautés [7].

C. Promotion de la recherche

Il est à noter que les stratégies visant la promotion de la recherche et la coordination du programme, grandes oubliées du PSN 2000-2005, ont été introduites pour la première fois dans le PSN 2006-2010. Ainsi, un des axes stratégiques de ce plan portait sur la promotion de la surveillance épidémiologique et de la recherche, et ses objectifs visaient la production de données épidémiologiques fiables sur l'épidémie, les IST et les infections opportunistes (IO), ainsi que la promotion et l'application des résultats de la recherche dans la lutte contre le VIH et le Sida [2]. Au terme du PSN 2006-2010, dans le domaine de l'information stratégique, les préoccupations majeures portaient sur la faible disponibilité des données de qualité du fait de l'irrégularité de leur collecte, et de l'insuffisance de coordination de la recherche sur le VIH et le Sida. Afin d'y pallier, le PSN de 2011-2015 visait à : (i) renforcer le système de surveillance épidémiologique, comportementale, et de suivi de la résistance du Sida et des IST, (ii) élaborer une stratégie nationale de recherche sur le VIH, le Sida et les autres IST, et (iii) renforcer le système de suivi-évaluation pour la production des données de qualité [7].

D. Coordination du programme

Dans le PSN 2006-2010, les stratégies de renforcement de la coordination, de la gestion, du partenariat et du suivi évaluation portaient sur : (i) la mise en place de trois sources de données dans le système national d'information sanitaire à savoir les notifications de cas de Sida et d'IST, la séro-surveillance du VIH et du Sida et des EDS à réaliser tous les 4 à 5 ans, et (ii) le transfert de la gestion des activités de séro-surveillance à d'autres directions du MINSANTE à savoir la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) et la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) [2]. Au terme de la période, l'approche multisectorielle dans la lutte contre le Sida a connu une application modérée, due en grande partie à la faible mobilisation des ressources. Pour une meilleure coordination et gestion du programme, le PSN 2011-2015 s'est proposé de renforcer les aspects liés au Genre et aux Droits humains en élargissant les cibles vulnérables à couvrir (indigents, handicapés, hommes en tenue, HSH, populations mobiles et marginales, populations du milieu carcéral) et en mettant en place des interventions efficaces dans la réduction des inégalités [7].

PROGRÈS ET DÉFIS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA

Au terme du PSN 2000-2005, des progrès importants ont été enregistrés tant dans le domaine de la prévention que de la prise en charge. On a ainsi noté : (i) une amélioration de la connaissance de l'infection à VIH et du Sida et des moyens de prévention, (ii) une amélioration de l'utilisation des préservatifs par les jeunes, et (iii) le développement d'une offre nationale de services de prévention (19 Centres de Promotion du CDV et 462 sites de prévention de la TME en 2005 comparé à aucun en 2000) [2]. On a également observé (i) une amélioration de la prise en charge des personnes infectées à travers l'initiative d'accès aux ARV dans les Centres de traitement agréés (CTA) et les Unités de prise en charge (UPEC) répartis dans tout le pays, et (ii) une baisse du prix des ARV [2] (Figure 3).

Toutefois, même si à la fin de 2005, les principaux résultats apportés étaient appréciables, leur impact sur l'accroissement de la survie des PVVIH et celle des enfants infectés n'était pas encore mesurable. En effet, le nombre d'enfants sous ARV est resté faible avec une couverture d'à peine 3% et la TME est demeurée une préoccupation [2]. D'un autre côté, la participation des autres secteurs est demeurée peu marquée.

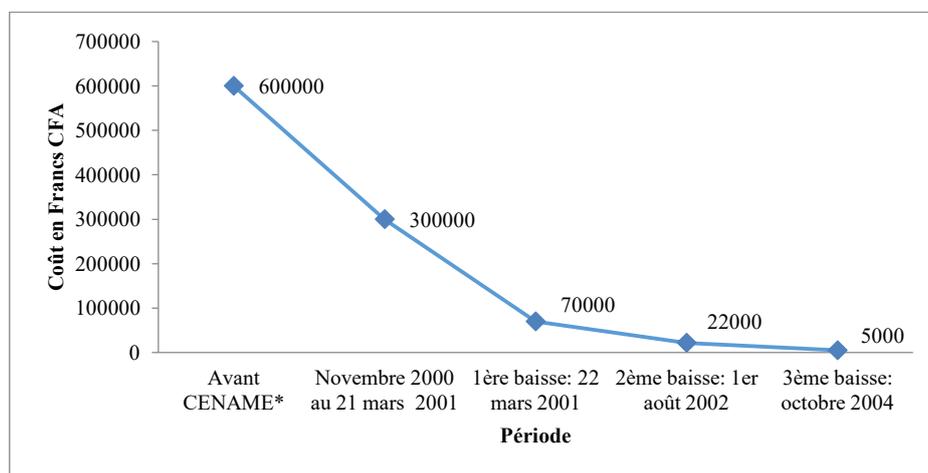
Le PSN 2006-2010 a vu en la décentralisation et au passage à l'échelle, des opportunités devant permettre un accès universel de la population aux services de prévention et de prise en charge, y compris dans les zones les plus reculées du pays. Ainsi, le test de

dépistage du VIH est devenu gratuit pour les femmes enceintes, les enfants de 0 à 15 ans, les élèves et les étudiants dans les Centres Médicaux Sociaux et les prisonniers, et a été réduit à 500 francs CFA pour le reste de la population [7]. Au terme de cette période, tous les 216 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) offraient systématiquement le dépistage du VIH, et le taux de réalisation du test est passé de 48% en 2007 à 74% en 2009. Toutefois, seuls 13,6% des 13,2 millions de personnes ciblées par le plan ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH, dû entre autres à la faible utilisation des services de dépistage, aux ruptures de stocks des intrants, à l'expiration des contrats des prestataires des unités mobiles, à la diminution des ressources allouées au secteur santé et à la faible implication des autres acteurs [7]. Des points de vente de préservatifs ont été mis en place dans les dix Régions du Cameroun, et le préservatif féminin est passé de 1000 francs CFA à 100 francs CFA l'unité. Malgré cette amélioration notable de l'offre des préservatifs et une augmentation de leur utilisation, des efforts restaient à faire en termes de couverture des zones semi-urbaines et rurales, et de disponibilité des préservatifs auprès des populations les plus à risques ; de même, le gap entre les besoins à couvrir et les besoins couverts sont restés importants [7]

Concernant la prise en charge, le MINSANTE a poursuivi le renforcement des dispositions institutionnelles avec la création de nouvelles UPEC.

.

.



*CENAME : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels

FIGURE 3 : ÉVOLUTION DU PRIX DE TRAITEMENT MENSUEL PAR ARV AU CAMEROUN ENTRE 2001 ET 2005 [2]

Ainsi, entre 2006 et 2010, le nombre de CTA est passé de 23 à 28 et le nombre de districts de santé

ayant une UPEC ou un CTA opérationnel est passé de 64 à 112, couvrant ainsi 100 districts de santé sur les 178 prévus, soit une couverture de 56,2% contre 36% en 2005. En complément, le coût du paquet de bilan biologique pré-thérapeutique a été réduit à 3000 francs CFA et les médicaments des IO sont devenus gratuits [2]. Comme résultats, on a observé une augmentation du nombre de PVVIH éligibles mis sous traitement de 23% en 2005 à 46,5% en 2009 [7]. Entre 2006 et 2009, le déploiement d'Agents de Relais Communautaires (ARC) dans les CTA et UPEC a permis à 65 910 PVVIH de bénéficier d'un paquet minimum de soutien en 2009, contre 184 en fin 2005. Toutefois, les activités de soutien nutritionnel des PVVIH sont restées très fragmentaires, se limitant pour la plupart du temps à la fourniture des vivres dans le cadre des visites à domicile [7].

Grâce au passage à l'échelle des services, on a également, on a observé une évolution positive des indicateurs de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) au cours de la période 2006-2010 [7] (Tableau I).

Entre 2005 et 2009, l'augmentation du pourcentage d'enfants exposés au VIH reçus dans une formation sanitaire et ayant bénéficié des ARV prophylactiques était due à un meilleur suivi des enfants exposés au VIH, et à la mise en place du diagnostic précoce et des ARV pédiatriques gratuits. Toutefois, en 2009, seuls 18% d'enfants éligibles étaient mis sous ARV, ce qui était loin d'être acceptable, comparé à l'objectif de 100% des besoins en thérapie fixé par le plan. D'autres indicateurs témoignent du fait que des efforts considérables doivent encore être faits afin de parvenir à l'élimination de la TME. En effet, moins de 40% de femmes enceintes ont eu recours aux consultations prénatales (CPN), et le taux de TME en

post-partum est resté élevé, signe de contamination au cours de l'allaitement. De même, la couverture nationale de la cible est demeurée très faible, car seulement 15,7% des femmes enceintes séropositives attendues en 2009 ont eu accès aux services de PTME. Ces services ont été mis en œuvre dans un contexte marqué par des indicateurs en santé de la reproduction faibles, avec seulement 43% des accouchements ayant lieu dans des formations sanitaires, et jusqu'à 58,9% des accouchements pratiqués par un personnel non qualifié [7].

Dans le domaine de la sécurité sanguine, le nombre d'unités de sang transfusé et ayant fait l'objet de dépistage du VIH a progressé entre 2006 et 2009, mais ne représentait que 13,3% des besoins globaux. Dans ces conditions, le recours aux donneurs de sang familiaux représentait plus de 75% des poches de sang collectées [7]. Sur le plan institutionnel, un service de sécurité transfusionnelle a été créé à la DLM du MINSANTE ; toutefois, le pays ne dispose pas encore d'un service de transfusion sanguine organisé suivant les recommandations internationales [12]. Concernant l'appropriation de la lutte par les acteurs, une stratégie d'implication et de représentativité des PVVIH dans les instances décisionnelles de la lutte contre le Sida a été mise en place, et la participation des PVVIH aux activités dans les structures opérationnelles de prise en charge a été renforcée. On a observé l'implication grandissante d'autres acteurs tels que les organisations de la société civile ; les médias ; les organisations religieuses ; le secteur privé ; les collectivités locales décentralisées et les Comités de Santé des Aires de Santé. Seul le secteur informel n'a pas bénéficié d'actions soutenues, dû à sa faible structuration et aux défis en matière de représentation de ses acteurs [7].

TABLEAU I : ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE PTME AU CAMEROUN ENTRE 2005 ET 2009 [7]

Indicateurs PTME	2005	2006	2007	2008	2009
% et nombre de femmes enceintes reçues en CPN1*	7,2%	12,5%	28% (260 319)	37% (343 114)	35% (333 386)
% de femmes enceintes testées au VIH en CPN1	31%	67,8%	77,7%	81,8%	82%
Taux de séropositivité au VIH chez les femmes enceintes testées en CPN1	9%	7,5%	5,8%	6,4%	5,8%
% de femmes enceintes VIH+ ayant reçu des ARV prophylactiques	9%	62%	46,6%	56,4%	56,7%
% d'enfants exposés au VIH reçus dans une formation sanitaire et ayant bénéficié des ARV prophylactiques	ND	9%	42,7%	79,1%	100%
Nombre d'enfants exposés au VIH testés à 6 semaines par PCR	ND	ND	ND	2908	8940
% et nombre d'enfants testés positifs par PCR	ND	ND	ND	9,7% (281)	9,6% (865)
% et nombre d'enfants testés VIH+ après 12 mois	35%	24%	23%	22%	29%

*CPN1 : 1^{ère} consultation prénatale

Dans le secteur public, plusieurs départements ministériels ont mis en place des Comités Sectoriels,

élaboré des plans d'action et inscrit des lignes pour la lutte contre le Sida dans leurs budgets annuels. Les points focaux de lutte contre le Sida des départements ministériels ont été formés et ont contribué à l'organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH en faveur de leurs personnels et des populations couvertes par leurs interventions [7].

Concernant la surveillance épidémiologique, de 2006 à 2009, les indicateurs comportementaux ont été suivis à travers la réalisation d'enquêtes qui ont permis de renseigner sur les facteurs de risques au VIH au sein de la population, et servi à l'actualisation des données sur les estimations et les projections en matière de VIH et de Sida au Cameroun [7]. La notification des cas de Sida et d'IST est devenue effective, malgré des faiblesses sur le plan de la complétude et la promptitude, et l'absence d'un système de surveillance des tendances épidémiologiques des IO. Concernant la promotion de la Recherche, il n'existe pas encore une base nationale de données des activités de recherche sur le VIH et le Sida menées au Cameroun ; et dans l'ensemble, la diffusion et la vulgarisation des résultats de ces recherches restent très faibles [7].

En dépit du renforcement des aspects de coordination et de partenariat dans la lutte contre le VIH, on note encore une insuffisance de concertation et d'échange d'informations ; ce qui entrave l'approche multisectorielle de la lutte [7]. Les ressources humaines impliquées dans la lutte ont été valorisées avec le renforcement des capacités des personnels impliqués dans la mise en œuvre des activités, le recrutement des ARC et d'autres personnels d'appui, et la formation des prestataires communautaires et des personnels médicaux et paramédicaux. Cependant, l'instabilité de ce personnel compromet le fonctionnement des services, notamment en périphérie. De même, les coûts liés à la maintenance et au fonctionnement des ressources logistiques demeurent un défi majeur [7].

Au terme du PSN 2006-2010, l'EDS IV réalisée en 2011 a indiqué une prévalence du VIH dans la population générale de 4,3% [8]. Des enquêtes spécifiques ont révélé une fois encore des prévalences plus élevées dans certains groupes. Ainsi, chez les femmes enceintes, l'enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2012 a révélé un taux de 7,8% [9] ; l'enquête comportementale et de séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les Travailleurs du Sexe (TS) a révélé que la prévalence était passée de 26,4% en 2004 à 36,7% en 2009 [10], et l'enquête bio comportementale de 2011 sur le VIH et le Sida chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) estimait la prévalence dans ce groupe à 44% à Yaoundé et 24% à Douala [11]. Des mesures telles que la lutte contre la stigmatisation, les

interventions ciblant les violences basées sur le genre et les groupes vulnérables, le renforcement des capacités des organisations féminines, l'augmentation de l'accessibilité aux soins ainsi que le soutien aux OEV ont permis de renforcer la prise en compte des droits humains et d'améliorer l'équité en rapprochant les services des populations qui en ont le plus besoin [7]. Le PSN 2011-2015 entendait consolider les acquis et renforcer les aspects transversaux (genre, droits humains et équité) afin de réduire davantage les inégalités dans l'accès aux services ; en réduisant d'une part les inégalités entre les Régions et entre les zones rurale et urbaine, et en améliorant d'autre part les capacités décisionnelles des femmes en matière de recours aux services en actionnant des leviers sociaux pouvant améliorer leur leadership et leur responsabilisation [12].

RENFORCER LE CAP

Le Cameroun a une expérience de trente ans de lutte organisée contre l'infection à VIH et le Sida. Les programmes de lutte mis en œuvre entre 2000 et 2015 ont ralenti avec succès la progression de l'épidémie : la prévalence du VIH au sein de la population camerounaise est passée de 11% en 2000 à 4,3% en 2011 et le nombre de malades ayant accès aux médicaments a augmenté, ce qui a permis de faire baisser la transmission du virus. Toutefois, le pays est toujours en situation d'épidémie généralisée et la lutte entre dans une nouvelle phase, avec de nouveaux défis. En effet, les représentations actuelles de la maladie en font une affection chronique, très bien prise en charge avec un traitement et une hygiène de vie adaptés. Il s'agit donc d'une part, de juguler l'augmentation de comportements à risque associés à la banalisation de la maladie, tendance observée dans d'autres pays présentant un succès des programmes de prévention ; et d'autre part d'adapter l'offre de services de prise en charge à une masse toujours plus importante de PVVIH.

Les capacités limitées du système de santé camerounais, communes à d'autres pays d'Afrique, constituent un obstacle majeur à la poursuite des objectifs de lutte contre le VIH et le Sida. Les programmes de prévention devraient continuer à évoluer, à travers une meilleure prise en compte des résultats et des avancées de la recherche, et des innovations dans les technologies de dépistage. En effet, il est nécessaire de déployer l'ensemble des outils déjà existants pour prévenir, dépister ou traiter l'infection, tout en poursuivant la recherche vers de nouvelles stratégies devant aboutir un jour, au développement d'un vaccin et d'un traitement de guérison. De nouvelles interventions sont également nécessaires pour les groupes de populations

desservies, de même que la recherche pour l'identification de nouveaux groupes à risque, afin d'améliorer l'effectivité des interventions existantes. Enfin, l'aspect multisectoriel de la lutte, condition sine qua non pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes de prévention et de prise en charge, mériterait d'être renforcé.

Bien que des problèmes restent à résoudre, le Cameroun montre l'exemple de progrès importants d'une politique globale associant plusieurs dynamiques : sociale, scientifique, politique, nationale et internationale. La gestion axée sur les résultats et la prise de décision fondée sur les données probantes représentent sans aucun doute des opportunités à saisir, pour améliorer la planification dans la lutte et assurer une meilleure gestion des ressources disponibles dans un contexte de crise économique internationale. Pour l'avenir, le financement restera probablement un problème important, mais le maintien des engagements pris est essentiel. A ce défi, il convient d'associer celui des logiques d'évolution des stratégies de lutte contre la maladie dans une démarche constructiviste, au sens où Edgar Morin la décrit comme une collaboration du monde extérieur et de notre esprit pour construire la réalité, et comme une collaboration entre le défi de santé publique et les logiques conceptuelles mises en œuvre pour l'adresser. En effet, Morin retient la méthode comme étant un déterminant fondamental de la métamorphose efficace. Si l'évolution est invisible avant qu'elle ne soit contraignante, on doit néanmoins s'atteler à discerner les courants qui lui donnent sens. Avec Le Paradigme perdu [13] et La Méthode [14], Morin indique quatre axes de transformation des stratégies de l'humanité : la réforme des systèmes ; la réforme de l'éducation ; la réforme de la vie ; et la réforme morale. Souvent envisagée de façon indépendante, la prise de décision de santé publique doit les conjuguer dans une même approche constructiviste, en vue de réussir le projet sociétal de lutte contre le Sida.

RÉFÉRENCES

- [1] PNLS. Plan Stratégique National de lutte contre le Sida au Cameroun 2000 - 2005. PNLS, MINSANTE 2000. 152 pages.
- [2] CNLS. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida 2006-2010. CNLS, MINSANTE 2006. 89 pages.
- [3] Elat JB. Le Programme National de Lutte contre le Sida. [Internet]. [cité 6 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.cm-minsante-drh.com/site/images/stories/pnlsi.ppt>
- [4] ONUSIDA, Genève Suisse. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. ONUSIDA/00.13F. ISBN: 92-9173-002-5. 138 pages.
- [5] Mpressa Mouangue MM. Lutte contre le Sida : analyse des obstacles institutionnels de la communication sur l'épidémie du Sida au Cameroun (Mémoire de Master/DEA en Sciences de l'Information et de la Communication). Ecole Supérieure des Sciences et Technologies de l'Information et de la Communication: Université de Yaoundé II, 2005. 141 pages.
- [6] Institut National de la Statistique, Yaoundé, Cameroun. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004. 479 pages.
- [7] CNLS, Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011 - 2015. CNLS, MINSANTE 2010. 96 pages.
- [8] Institut National de la Statistique, Yaoundé, Cameroun. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. 576 pages.
- [9] Billong S-C, Fokam J, Billong E-J, Nguefack-Tsague G, Essi M-J, Fodjo R, et al. Distribution épidémiologique de l'infection à VIH chez les femmes enceintes dans les dix régions du Cameroun et implications stratégiques pour les programmes de prévention. *Pan Afr Med J.* 29 janv 2015.
- [10] CNLS, Yaoundé, Cameroun. Johns Hopkins-Global Viral Forecasting Initiative, Cameroun. Enquête séroépidémiologique et comportementale sur le VIH et la syphilis chez les travailleurs du sexe au Cameroun. Rapport final. 2010. 97 pages.
- [11] Park JN, Papworth E, Kassegne S, Moukam L, Billong SC, Macauley I, et al. HIV prevalence and factors associated with HIV infection among men who have sex with men in Cameroon. *J Int AIDS Soc.* 2 déc 2013 ;16(4Suppl 3).
- [12] CNLS, Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2014 - 2017. 63 pages. CNLS, MINSANTE 2014.
- [13] Morin E. Le paradigme perdu : la nature humaine. Paris: Editions du Seuil; 1973. 253 p.
- [14] Morin E. La méthode, tome 1 : La Nature de la nature. Paris: Editions du Seuil; 1981.