

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES, SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL
SCIENCES

DEPARTEMENT OF SOCIOLOGY

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING
CENTER IN HUMAN, SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

Évaluation des défis organisationnels de la stratégie « *Test & Treat* » de simplification des soins d'hépatite virale C au Cameroun

Mémoire rédigé en vue de l'obtention du Master II en sociologie de la population et du
développement par :

BANGA BANGA Claude Alexis Noël

Mat N° 20C682



Directeur

Pr ESSI Marie-José
Anthropologie médicale
Professeure titulaire

Co-Directeur

Pr MBA Robert Marie
Sociologie de la santé
Maitre de conférences

Année académique 2024-2025

DEDICACE

A ma

Douce et tendre mère :

MISSII ASSEKO ESTELLE MARIE NOEL

SOMMAIRE

DEDICACE.....	II
SOMMAIRE	III
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTES DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	V
LISTE DES ILLUSTRATIONS	VI
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
RESUME.....	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCTION GENERALE	1
THÈMES ABORDÉS DANS LES ENTRETIENS	17
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SOCIOLOGIQUE DE LA STRATEGIE TEST AND TREAT ET DE SON IMPLANTATION AU CAMEROUN	19
CHAPITRE 1 : LA TRAJECTOIRE DU TEST AND TREAT.....	21
CHAPITRE 2 : DYNAMIQUES SOCIALES ET STRUCTURELLES AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE VIRALE C AU CAMEROUN.....	39
DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION DE LA STRATEGIE AU CAMEROUN.....	53
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE ET COLLECTE DES DONNÉES SUR LES DÉFIS DE LA MISE EN ŒUVRE.....	55
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS, INTERPRÉTATIONS ET RECOMMANDATIONS.....	60
CONCLUSION GENERALE	89
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXES.....	97

REMERCIEMENTS

- A mon directeur de mémoire Professeur ESSI Marie-José, faire une année où j'ai eu le merveilleux privilège d'apprendre à vos côtés. A travers ces mots je vous exprime ma plus grande gratitude pour avoir accepté de m'accompagner dans la rédaction de mon mémoire et de m'avoir pris sous votre aile et de m'avoir aimé. Votre esprit intellectuel, vos conseils et votre soutien m'ont été d'une grande aide. Merci pour tout le temps, votre patience et votre dévouement.

A mon co-directeur Professeur MBA Marie Robert, merci professeur pour votre accompagnement.

- A monsieur le chef de département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, Professeur LEKA ESSOMBA Armand et à tout le corps administratif et enseignant, pour l'accompagnement dont vous avez fait preuve durant ces 5 années passées à vos côtés pour nous assurer une formation exceptionnelle.

- A tous les participants à l'étude.

- A toute ma famille pour les soutiens multiformes.

A mes sœurs OBONO Stella Ornella, BISSA Olivia Ruth et MISSII Estelle Aimée pour l'encouragement psychologique et l'amour inconditionnel.

- A tous mes camarades depuis la première année, particulièrement : Pascal et Dorothée le parcours avec vous était très agréable.

- A tous(tes) mes connaissances et amis(es) particulièrement à Dr OKALA Jean-Paul Junior, NJOMI Tony et EDJOLECK Kassy pour le soutien matériel et émotionnel.

- A tous ceux de près ou de loin ont apporté leur pierre à l'édifice afin que ce travail aboutisse et qui ont été d'une grande aide pour moi.

Que l'Eternel vous bénisse abondamment et vous accorde autant de grâce qu'il peut dans vos vies.

LISTES DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

VHC : Virus de l'hépatite C

VHB : Virus de l'hépatite B

OMS : Organisation Mondiale de la santé

AAD : Antiviraux à Action Directe

ARN : Acide Ribonucléique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome Immuno- Déficience Acquise

ANRS-MIE : Maladies Infectieuses Emergentes

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

TAAN : Technique d'Amplification des Acides Nucléiques

TasP : Treatment as Prevention (Traitement comme Prévention)

MSF : Médecins Sans Frontière

ONU : Organisation des Nations Unies

ONG : Organisation Non Gouvernementale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HPTN: HIV Prevention Trials Network

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Image 1 : Ténovofir

Image 2 : Prévalence estimée de l'infection par le virus de l'hépatite C dans le monde

Image 3 : Epidémiologie mondiale du VHC

Image 4 : Prévalence élevée du VHC au niveau mondial

Image 5 : Carte de l'épidémiologie du VHC au Cameroun

Image 6 : Pyramide de santé au Cameroun

Image 7 : Test ARN

Image 8 : Carte de mesure d'accessibilité aux formations sanitaires publiques au Cameroun

Image 9 : Répartition du personnel de santé par région du Cameroun

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des participants selon le sexe p. 61

Graphique 2 : Proportion des antécédents de maladies chroniques p.64

Graphique 3 : Fréquence d'information sur le VHC p. 67

Graphique 4 : Représentation principales difficultés du « Test and Treat » p. 71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Exemple de question

Tableau 2 : Classification de la pyramide de santé au Cameroun

Tableau 3 : Contraintes pour la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat »

Tableau 4 : Catégorie d'âge Effectif Pourcentage

Tableau 5 : Répartition des participants selon le niveau d'études, la profession, leur aire culturelle et leur religion

Tableau 6 : Répartition des participants selon le pouvoir d'achat et leur milieu de résidences

Tableau 7 : répartition des proportions des participants selon l'Ancienneté du diagnostic de VHC, le Lieu de confirmation du diagnostic (ARN), l'Accès au traitement après diagnostic Connaissance d'autres personnes atteintes de VHC

Tableau 8 : répartition des proportions de Connaissance des modes de transmission du VHC, des Voies de transmission connues du VHC, de Connaissance de l'existence d'un traitement, d'Antécédent de sensibilisation sur le VHC et de connaissance de la gratuité du traitement

Tableau 9 : proportions de Confusion entre VHC, VHB et VIH, de la Perception de la rareté de l'hépatite C et des Source d'informations sur le VHC

Tableau 10 : Connaissance de la stratégie "Test and Treat"

Tableau 11 : répartition des proportions d'existence d'un centre de dépistage, d'Impact du coût du transport sur le dépistage, et d'Accessibilité géographique des soins

Tableau 12 : repartitions des proportions de personnes ayant rencontrées des Difficultés lors de la prise en charge et Types de difficultés

Tableau 13 : répartition sur des proportions Qualité de l'accueil dans les structures de santé et sur Perception de la qualité de l'information communautaire

RESUME

« *Evaluation des défis organisationnels de la stratégie « Test and Treat » de simplification d'hépatite virale C au Cameroun* » est le titre du présent mémoire. Alors que cette stratégie recommandée par l'OMS vise à simplifier et accélérer le dépistage et le traitement, sa mise en œuvre reste marquée par de nombreux obstacles. Le problème qui se pose ici est savoir comment les défis structurels, sociaux et territoriaux affectent la mise en œuvre de la stratégie « Test & Treat » pour l'hépatite virale C au Cameroun, et de proposer des solutions qui peuvent être envisagées pour améliorer son efficacité. L'objectif principal de la recherche est d'analyser les défis organisationnels dans la mise en œuvre de cette stratégie et d'évaluer l'impact de ces derniers sur l'efficacité de cette stratégie. Ce qui nous amène à la question principale de recherche suivante : *Au Cameroun, comment les défis organisationnels majeurs de la stratégie « Test and Treat » pour l'hépatite C influencent-ils son efficacité ?* ». Une question pareille pousse à émettre comme hypothèse (hypothèse principale) selon laquelle les défis organisationnels, tels que la faible couverture territoriale, l'inadéquation des organisations et les barrières sociales, compromettent significativement l'efficacité de la stratégie « Test and Treat » pour l'hépatite C au Cameroun. Pour la vérification de cette hypothèse, nous avons adopté un cadre théorique basé sur la sociologie des organisations de Crozier et Friedberg et la sociologie de la santé de Herzlich et David Le Breton et la sociologie de l'action publique de Claude Hassenteufel. Cette étude combine de ce fait des questionnaires, des entretiens semi directifs et des observations directes menées dans différentes structures sanitaires du Cameroun.

L'analyse de ces données met en évidence des défis majeurs comme : le manque de formation du personnel de santé, la centralisation des tests de charge virale, l'inertie institutionnelle, les inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aussi les représentations sociales du VHC et la stigmatisation qui freine le recours volontaire au dépistage. Le présent mémoire montre que la stratégie « Test and Treat » bien qu'efficace en théorie est compliquée en pratique car elle se heurte à une multitude d'obstacles sociologiques, territoriaux et structurels en contexte camerounais.

Ce travail propose plusieurs recommandations sociopolitiques et opérationnelles pour amélioration de la prise en charge du virus de l'hépatite virale C au Cameroun notamment dans la sensibilisation communautaire sur les réalités du dépistage et du traitement, la décentralisation des soins et la formation des agents de santé. Ainsi donc cette recherche vise à contribuer à une compréhension plus fine des tensions dans les réalités locales en matière de politiques de santé publique.

Mots clés : Hépatite virale C, Test and Treat, santé publique, sociologie des organisations, accès aux soins, sociologie de la santé.

ABSTRACT

“Evaluation of the Organizational challenges of the “Test and Treat” strategy to simplify viral hepatitis C in Cameroon” is the title of this report. While this strategy recommended by the WHO aims to simplify and accelerate detection and treatment, its implementation remains marked by many obstacles. The problem here is to know how organizational, social and territorial challenges affect the implementation to the “test and Treat” strategy for viral hepatitis C in Cameroon, main objective of the research is to analyze the organizational challenges in the implementation of this strategy and to assess the impact of the latter on the effectiveness of this strategy. This brings us to the following main research question: in Cameroon; how are the major organizational challenges of the strategy

Test and treat “for hepatitis C do they influence its effectiveness?”. Such a question leads to the hypothesis that organizational challenges such as lack of resources, inadequacy of organizations and social barriers, significantly compromise the effectiveness of the “Test and Treat” strategy for hepatitis C in Cameroon. For the verification of this hypothesis, we adopted a theoretical framework based on the sociology of organization of Crozier and Friedberg, the sociology of health of Herzlich and David Le Breton and the sociology of public action by Claude Hassenteufel. This study therefore combines questionnaires, semi-directive interviews and direct observations conducted in the different health structures in Cameroon.

This work proposes several socio-political and operational recommendations to improve the management of the hepatitis C viral virus in Cameroon, especially in community awareness of the realities of screening and treatment, the decentralization of care and the training of health workers. This research aims to contribute to a better understanding of the tensions in local realities in terms of public health policies.

Keywords: Viral hepatitis C, Test and Treat, Public health, Sociology of organizations, access to care, sociology of health.

INTRODUCTION GENERALE

I-CONTEXTE ET JUSTIFICATION

L'hépatite virale C est une infection virale qui affecte le foie et peut entraîner des complications graves à l'instar de la cirrhose et le cancer du foie. Dans le monde, on estime que 50 millions de personnes qui vivent avec l'hépatite C et 1 000 000 environ celui des nouvelles infections survenant chaque année¹ (World Health Organization, 2024). La stratégie « Test and Treat » a été développée pour simplifier le dépistage et le traitement de cette infection, avec pour objectif de réduire la charge de la maladie et d'atteindre l'élimination du virus à l'échelle mondiale d'ici 2030.

Au niveau mondiale, l'hépatite C est responsable de 399 000 décès chaque année consécutive aux infections par virus de l'hépatite C² (Institut Pasteur, 2024). En Afrique, la situation est beaucoup plus contrastée, au Nord et à l'Ouest le taux de prévalence est inférieur à 2% et en Afrique centrale à 5%³ (ScienceDirect, 1995). Le Cameroun, en tant que pays d'Afrique subsaharienne, n'est pas épargné par cette épidémie. Selon les données les plus récentes, la prévalence de l'hépatite C au Cameroun est estimée à environ 1,3%.⁴ (Gavi, 2022).

L'hépatite virale C représente un enjeu de santé publique majeur, en raison de sa forte prévalence et des complications graves qu'elle peut entraîner. Malgré l'existence de traitements efficaces, l'accès au dépistage et au traitement reste limité dans de nombreux pays en développement. Aussi un projet de recherche sur les pathologies vibrantes et émergence (ANRS-MIE) s'est-il donné pour objectif de mettre en œuvre une approche « Test and Treat » de dépistage et de traitement immédiat de cette infection. Cette stratégie vise à réduire la charge de la maladie et d'atteindre son élimination à l'échelle mondiale d'ici 2030. La mise en œuvre d'une stratégie « Test and Treat » se base sur l'efficacité factuelle des antiviraux : le Sofosbuvir et le daclatasvir. Mais si preuve a été faite sur la capacité des nouvelles molécules à éradiquer la maladie, reste à s'interroger sur l'acceptabilité du dépistage opportuniste d'une maladie à faible retentissement physique.

¹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2024, 9 avril). *Hépatite C*. OMS.

² Institut Pasteur. (2024, avril). *Hépatites Virales*. Institut Pasteur.

³ Delaporte E, Dazza M.C, Larouze B. (1995, Octobre). Epidémiologie du virus de l'hépatite C.

⁴ Nalova Akua. (2022, octobre). *L'hépatite l'épidémie cachée du Cameroun*

La présente recherche s'inscrit dans le cadre des efforts visant à évaluer l'efficacité des stratégies de lutte contre l'hépatite C au Cameroun. En particulier, elle vise à identifier les défis organisationnels associés à la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat ». Comprendre ces défis est essentiel pour adapter les interventions de santé publique aux réalités locales et maximiser l'impact de la stratégie sur la santé de la population.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants : identifier les principaux défis organisationnels dans la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » au Cameroun, analyser l'impact de ces défis sur l'efficacité de la stratégie, proposer des recommandations pour amélioration de l'application « Test and Treat » dans le contexte camerounais.

Les justifications de cette étude incluent :

- 1- Un enjeu de santé publique : l'hépatite C reste une cause majeure de la morbidité et de mortalité au Cameroun.
- 2- Un besoin d'analyse sociologique : comprendre les dynamiques organisationnelles et les disparités sociales influençant la stratégie « Test and Treat ».
- 3- Des recommandations pratiques : identifier des solutions pour améliorer l'efficacité et la durabilité de cette stratégie.

II- PROBLEME DE RECHERCHE

L'hépatite virale C (VHC) est une maladie complexe qui, malgré des avancées médicales significatives, demeure un enjeu de santé publique majeur. Grâce à l'introduction des antiviraux à action directe (AAD), les personnes diagnostiquées comme porteuses de l'hépatite virale C chronique 20% environ soit 12,5 millions l'ont reçu avant la fin de l'année 2024⁵ (World Health Organization, 2024). Ces progrès offrent un espoir réel pour l'extraction de cette maladie d'ici 2024, conformément aux objectifs de l'OMS.

Cependant, au Cameroun, comme dans d'autres pays en développement, la mise sur pied des stratégies modernes de lutte, comme la stratégie « Test and Treat » rencontre des problèmes qui compromettent sa bonne marche.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2024, 9 Avril). *Hépatite C*. OMS

Malgré son potentiel, plusieurs facteurs freinent la bonne marche de cette stratégie dans le contexte camerounais. Les défis rencontrés reflètent les limites structurelles, financières et sociales du système de santé qui est déjà fragilisé par :

- Une forte charge accrue liée à d'autres maladies fréquentes comme le VIH/SIDA et le paludisme.
- Une dépendance aux financements internationaux sur les programmes de santé.
- Des inégalités sociales profondes exacerbées par la pauvreté.

Le Cameroun est un pays où la gestion des maladies chroniques fait face à des multiples barrières. Les infrastructures de santé sont axées dans les zones urbaines, laissant parfois les zones rurales délaissées. De plus, les populations « vulnérables » sont également les plus touchées par l'hépatite C en raison du manque de sensibilisation et un accès aux soins très limité.

David Harvey dans son œuvre *spaces of global capitalism*, (2006)⁶ explique que les inégalités géographiques résultent de politique de développement qui privilégient les centres urbains au détriment des zones périphériques⁷ (Erudit, 2023). Au Cameroun, cette dynamique amplifie les disparités dans l'accès aux soins et affaiblit l'équité des programmes nationaux de santé.

Les défis liés à l'hépatite virale C ne sont pas seulement en rapport avec le lien médical mais également avec le lien financier et territorial. Comme l'explique Pierre Bourdieu dans son ouvrage *La distinction*, (1979)⁸, les inégalités d'accès aux soins sont aussi liées aux structures sociales et économiques qui favorisent les élites urbaines tout en marginalisant les populations rurales et pauvres.

Aussi, selon Michel Crozier et Erhard Friedberg dans leur ouvrage *L'acteur et le système*, 1977⁹, les systèmes de santé piétres sont souvent caractérisés par un manque de cohésion des acteurs des résistances au changement et une gestion hiérarchique excessive. Ces acteurs sont particulièrement visibles dans la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » au Cameroun, dans le sens où :

- Les ressources financières ne sont pas bien réparties.

⁶ David Harvey, *spaces of global capitalism*, 2006

⁷ Michel Roche. *La théorie de David Harvey sur les inégalités géographiques : cas de la Russie*

⁸ Pierre Bourdieu. *La distinction*

⁹ Michel Crozier et Erhard Friedberg. *L'acteur et le système*

- Les centres de santé n'ont pas assez de personnels formés.
- Les campagnes de sensibilisation ne sont pas mises en avant dans les zones éloignées.

La stratégie « Test and Treat » bien qu'efficace dans les pays comme le Rwanda et l'Égypte peine à atteindre ses objectifs au Cameroun en raison de multiples défis qui freinent sa mise sur pied. Ces défis, qui relèvent à la fois des facteurs organisationnels, financiers et territoriaux doivent être analysés pour proposer des solutions adaptées au contexte camerounais.

Le problème central réside dans le fait que, bien que la stratégie « Test & Treat » soit efficace sur le plan conceptuel, son application sur le terrain est confrontée à une série de défis interconnectés. Ces défis concernent trois domaines principaux : structurel, territorial et social.

1. Défis structurels

Le manque de coordination entre les différents niveaux du système de santé (ministère de la santé, centres de santé locaux, ONG) entraîne des dysfonctionnements dans l'application de la stratégie. Par exemple, l'approvisionnement en kits de dépistage et en médicaments est souvent retardé, compromettant ainsi la continuité des soins.

Le personnel de santé, bien qu'expérimenté, n'est pas toujours formé aux spécificités de la stratégie « Test & Treat ». Cela peut entraîner des erreurs dans l'administration des protocoles ou des retards dans la prise en charge des patients.

La supervision et le suivi des activités restent insuffisants, ce qui limite la capacité d'évaluer les progrès réalisés et d'identifier les faiblesses à corriger.

Les centres de santé camerounais font face à des défis organisationnels majeurs. Le manque de coordination entre les différents acteurs de la santé (professionnels, gestionnaires, décideurs politiques) limite la fluidité des actions nécessaires à la réussite de la stratégie. Par exemple, l'approvisionnement en kits de dépistage et en médicaments est souvent irrégulier, en raison de l'inefficacité des mécanismes logistiques. De plus, le manque de formation spécifique des professionnels de santé entrave l'application rigoureuse des protocoles requis par la stratégie « Test & Treat ».

2. Défis sociaux

Les défis sociaux s'expriment à plusieurs niveaux, tout d'abord la stigmatisation demeure un obstacle majeur. De nombreux malades hésitent à se faire dépister ou à suivre un traitement par peur d'être assimilés à des personnes atteintes du VIH ou perçues comme des malades honteux. Cette peur du rejet social peut être renforcée par le silence collectif entourant le VHC, souvent considéré comme une maladie « rare » ou « lointaine ».

De plus, les représentations sociales du VHC sont profondément marquées par des croyances populaires. Certaines populations associent encore les hépatites à la sorcellerie ou à un déséquilibre spirituel. Dans ces conditions, les recours thérapeutiques s'orientent souvent vers les médecines traditionnelles, retardant de ce fait le diagnostic médical.

3. Défis territoriaux

Les inégalités entre les zones urbaines et les zones rurales dans l'accès aux services de santé sont flagrantes. Les infrastructures médicales sont souvent concentrées dans les grandes villes, laissant les zones rurales sous-équipées.

Les distances géographiques et le mauvais état des routes rendent difficile l'accès aux centres de santé pour de nombreuses populations.

Les campagnes de sensibilisation et de dépistage n'atteignent pas toujours les populations éloignées ou marginalisées, limitant ainsi leur impact.

Les inégalités territoriales exacerbent le problème. Les populations vivant dans des zones rurales et enclavées ont un accès limité aux services de santé en raison de la distance géographique, du mauvais état des infrastructures routières, et du manque de centres de santé équipés. Cette disparité territoriale engendre une inégalité dans l'accès au dépistage et au traitement, avec des taux de prise en charge beaucoup plus faibles dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Ce problème de recherche soulève une question centrale : **Comment les défis territoriaux, structurels et sociaux affectent-ils la mise en œuvre de la stratégie « Test & Treat » pour l'hépatite virale C au Cameroun, et quelles solutions peuvent être envisagées pour améliorer son efficacité ?**

III- PROBLEMATIQUE

La mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » pour l'hépatite C s'inscrit dans une dynamique globale de simplification des soins et de mise en rapidité de la prise en charge des maladies infectieuses. Cette stratégie a d'abord été expérimentée avec le VIH/SIDA (ScienceDirect,2009)¹⁰, cette approche a été progressivement adaptée à d'autres maladies comme l'hépatite C avec l'avènement des antiviraux à action directe (AAD), permettant une guérison en 8 à 12 semaines avec un taux (WHO,2024)¹¹. Toutefois, bien que la stratégie soit reconnue comme une solution efficace pour éradiquer le VHC, sa mise en œuvre au Cameroun rencontre beaucoup d'obstacles majeurs.

La présente recherche s'inscrit dans une transgression épistémologique, visant à dépasser les analyses purement médicales de cette stratégie pour appréhender cette stratégie sous l'angle sociologique et organisationnel. Elle met également en lumière la défiance sociale et les représentations culturelles qui influencent la perception de la maladie et des traitements, en particulier dans des milieux vulnérables.

Le Cameroun, à l'image de nombreux pays subsahariens d'Afrique, connaît une situation paradoxale : alors que les avancées thérapeutiques permettent une guérison rapide de l'hépatite C, les inégalités d'accès aux soins, les coûts élevés des traitements, la stigmatisation et la centralisation des tests empiètent sur la mise en disposition équitable.

La question n'est donc pas seulement de savoir si le « Test and Treat » est efficace, mais plutôt dans quelles conditions il peut réellement fonctionner au Cameroun, en tenant parfaitement compte des spécificités structurelles et économiques du Cameroun. Ce travail ambitionne ainsi de contribuer à une réflexion critique sur les politiques de santé publique et d'éclairer les mécanismes sociopolitiques qui conditionnent la réussite ou l'échec des interventions médicales dans les contextes à ressources limitées.

¹⁰ A. Cabié, F. Bissuel, S. Abel. Test de dépistage rapides du VIH dans des consultations de dépistage gratuit aux Antilles. ScienceDirect. Juin 2009 sur <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2009.02.013>

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé. (2024, 9 Avril). Hépatite C. OMS sur <https://www.int/fr/news-room/fact-sheets/details/hepatitis-c>

IV-QUESTION DE RECHERCHE

Ce travail est porté par une question de recherche principale, autour de laquelle gravitent trois questions de recherche secondaires.

1- Question principale

Au Cameroun, comment les défis territoriaux, structurels et sociaux influencent-ils la mise en œuvre et l'efficacité de la stratégie « Test and Treat » pour l'hépatite C ?

2- Questions de recherche secondaires

Q1 : Quels sont les obstacles territoriaux qui limitent l'accès au dépistage et au traitement l'hépatite C ?

Q2 : En quoi les défis structurels freinent-ils l'application de la stratégie « Test and Treat » ?

Q3 : Comment les défis sociaux affectent-ils l'adhésion des populations à la stratégie « Test and Treat » ?

V- HYPOTHESE DE RECHERCHE

Le présent travail est bâti sur une hypothèse principale et des hypothèses secondaires.

1- Hypothèse principale

Les défis territoriaux, structurels et sociaux combinés réduisent significativement l'efficacité de la stratégie « Test and Treat » pour l'hépatite C au Cameroun.

2- Hypothèses secondaires

H1 : Les inégalités territoriales et la centralisation des services de santé limitent l'accès au dépistage et au traitement du VHC, réduisant l'impact du « Test and Treat ».

H2 : Le manque de coordination entre les acteurs, les insuffisances en ressources humaines et matérielles et la lenteur administrative affaiblissent la mise en œuvre de la stratégie.

H3 : La stigmatisation, la méfiance vis-à-vis du système de santé et les représentations sociales du VHC freinent l'adhésion des populations à la stratégie « Test and Treat ».

VI- OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ce travail se fixe un objectif principal et trois objectifs spécifiques que sont :

1- Objectif général

Analyser les défis organisationnels dans la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » pour l'hépatite virale C au Cameroun, et évaluer leur impact sur l'efficacité de cette stratégie.

2- Objectifs spécifiques

O1 : Identifier les défis territoriaux qui entravent l'accès au dépistage et au traitement du VHC.

O2 : Examiner les défis structurels liés à l'organisation du système de santé et à la coordination des acteurs impliqués dans la stratégie « Test and Treat ».

O3 : Analyser les défis sociaux qui influencent les comportements de recours au dépistage et au traitement du VHC et proposer de recommandations pour améliorer l'application et l'efficacité de la stratégie « Test and Treat » dans le contexte camerounais.

VII- LE CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel constitue pour nous un instrument analytique fondamental qui permet de clarifier les objets d'étude et d'explicitier les liens entre les concepts mobilisés. Il est donc important pour nous pour la première démarche sur le plan purement sociologique de définir les concepts clés de notre sujet de recherche. Les mots clés qui attirent notre attention sont : le concept de stratégie « Test and Treat », le concept d'organisation de soin, le concept de défi organisationnel, le concept d'accès aux soins et enfin le concept perception sociale de la maladie qui vont nous aider à mieux structurer le terrain, à mieux guider la construction des hypothèses et mieux nourrir l'analyse des résultats.

1- Le concept de stratégie « test and treat »

Le concept de stratégie « Test and Treat » en biomédecine est un programme clinique offrant un accès immédiat aux soins primaires pour le VIH et la mise en route d'un traitement antirétroviral dès le diagnostic du VIH (Florida health, 2024)¹².

Dans le cadre de l'hépatite virale C, le Test and Treat se fait principalement par des tests rapides (TROD) et des antiviraux à action rapides (ADD) et si le test est positif, administrer immédiatement un traitement pour guérir l'infection (CATIE, 2025)¹³. Aussi, l'application de cette stratégie dans certains pays comme le Cameroun, à tendance à se heurter à plusieurs obstacles comme : la centralisation des diagnostics, le personnel de soins qui ne sont pas souvent formé. Ainsi, la stratégie Test and Treat n'est pas seulement une approche médicale mais dans certains cas social dépendant des logiques institutionnelles et des pratiques culturelles du soin.

2- Le concept d'organisation de soins

L'organisation des soins signifie la manière dont les services de santé sont planifiés gérés et coordonnés pour assurer des soins (StudySmarter, 2024)¹⁴. Dans le domaine de la santé, chaque acteur apporte une expertise au regard de son champ de compétence.

Selon Crozier et Friedberg (1977)¹⁵, les organisations ne sont pas neutres mais stratégiques en d'autres termes elles sont le produit d'interactions entre les acteurs qui cherchent à accroître leur influence au sein d'un système structuré de doute. En allant dans cette logique, toute réforme de l'organisation sanitaire comme la mise en application de la stratégie Test and Treat dépend de la capacité du système à adapter et piloter le changement.

Dans le cadre Camerounais, le système sanitaire demeure centralisé et hiérarchisé, avec une coordination très limitée entre le national, le régional et le local. Nous observons généralement le manque de formation qui se remarque de façon continue, un manque de personnel de santé, des retards logistiques qui compromettent l'opérationnalisation de la stratégie « Test and Treat ».

¹² Florida Health. Tester et traiter. Sur <https://broward.floridahealth.gov>

¹³ CATIE. Nouveaux tests de dépistage de l'hépatite C

¹⁴ StudySmarter. Organisation des soins. (2024, 12 septembre) sur <https://www.studysmarter.fr>

¹⁵ Michet Crozier, Erhard Friedberg. L'acteur et le système. Paris. Editions du Seuil. 1977

L'organisation des soins dans ce cas devient un espace où se révèlent des inégalités de pouvoir, des blocages administratifs et même des résistances culturelles au changement.

3- Le concept de défi organisationnel

Selon le *dictionnaire Robert*, le défi organisationnel renvoie à l'ensemble des contraintes ou problèmes qui affectent le fonctionnement et la performance des structures sanitaires. Ces défis peuvent être d'ordre institutionnel, technique, logistiques et même humain

Dans le cas de notre recherche, ces défis peuvent s'exprimer à travers :

- Les incohérences lors du suivi des patients ;
- La formation incomplète des professionnels de santé sur le protocole de la stratégie Test and Treat ;
- La centralisation des tests de confirmation dans les zones rurales ;
- L'Inertie institutionnelle qui est selon Michel Crozier un système de règles et de pratiques qui, malgré leur caractère formel et officiel, freinent les structures à s'auto-réformer (*Le phénomène bureaucratique, essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, 1963)¹⁶.

4- Le concept d'accès aux soins

L'accès aux soins est la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin (Wikipédia)¹⁷. C'est un concept central en sociologie de la santé, il ne se limite pas à la présence physique d'un service médical mais implique aussi des conditions sociales et économiques permettant à un individu de faire un usage de ce service. Selon Pierre Bourdieu, l'accès aux ressources est structuré par le concept de « capital » qui se décline en capital économique ; culturel, social et symbolique (*Critique et réflexité comme attitude analytique*, 2006/6 n°165, 2006)¹⁸.

¹⁶ Michel Crozier. *Le phénomène bureaucratique, essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. Editions Points. 1964

¹⁷ Wikipédia. <https://wikipedia.org>

¹⁸ Pierre Bourdieu. *Critique et réflexité comme attitude analytique*. 2006/6 n°165 sur <https://bibliotecadigital.uchille.cl>

Dans le cas de l'hépatite virale C beaucoup de choses comme la méfiance envers les institutions sanitaires limitent l'accès à la stratégie Test and Treat. Aussi, les zones rurales qui sont souvent marginalisées au profit des zones urbaines et même la précarité socio-économique réduisent l'efficacité globale de la stratégie. Ainsi, si les barrières sociales ne sont pas levées, l'approche techniquement efficace peut échouer.

5- Le concept de perception sociale de la maladie

La perception sociale peut renvoyer à la manière dont une société est construite et interprète une maladie. Par rapport au VIH, le virus de l'hépatite virale C reste peu connu par la population camerounaise. Elle est perçue comme honteuse et confuse et ce qui pousse à une stigmatisation et le déni de la maladie. Selon Erving Goffman, **un stigmat social** est une construction qui disqualifie l'individu atteint, le poussant au retrait et l'isolement (OpenEdition Journals)¹⁹.

Cette perception a une influence directe sur le recours aux soins. Une maladie qui est stigmatisée tend souvent à être cachée ce qui peut retarder le dépistage volontaire. Dans certains contextes locaux, des croyances magico-religieuses » autour de la maladie peuvent souvent détourner des parcours médicaux. Pour mieux implanter le Test and Treat il faut donc interpréter ces résistances sociales et comprendre ces perceptions.

Comprendre l'analyse de cette stratégie nécessite une lecture sociologique autour de ces concepts. Ce cadre servira donc de grille d'analyse pour mieux comprendre la complexité des défis liés à la mise en œuvre de la stratégie Test and Treat au Cameroun.

VIII- METHODOLOGIE

La méthodologie de ce travail comprend respectivement des cadres théoriques et des outils de collecte des données

¹⁹ Corinne Rostaing. Stigmat. OpenEdition Journals sur <http://journals.openedition.org/sociologie/2572>

1-Cadres théoriques

L'intégration de ces deux cadres permet de mieux comprendre les enjeux structurels et institutionnels, les relations entre acteurs du système de santé ainsi que les facteurs sociaux et culturels influençant l'adoption et l'efficacité de cette stratégie au Cameroun.

a. L'approche stratégique de Michel Crozier et la mise en œuvre de la stratégie « Test & Treat »

La sociologie des organisations permet d'étudier le fonctionnement des systèmes de santé et les défis institutionnels auxquels ils font face. Cette approche est particulièrement pertinente pour analyser les dysfonctionnements organisationnels, le rôle des acteurs institutionnels, les relations de pouvoir et la gestion des ressources dans l'implémentation de la stratégie « Test & Treat ».

Selon Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977)²⁰, les organisations sont des systèmes d'action concret, où les acteurs tentent d'optimiser leur position à travers des jeux stratégiques. Dans le cadre de la lutte contre l'hépatite C au Cameroun, plusieurs acteurs sont impliqués : le ministère de la Santé, les hôpitaux publics et privés, les ONG internationales, et les bailleurs de fonds. Chacun possède des intérêts propres qui influencent la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Un des défis majeurs identifiés dans cette approche est le déficit de coordination entre les différentes institutions. Crozier (1970)²¹ explique que les organisations bureaucratiques souffrent d'une rigidité structurelle, qui freine la prise de décision et l'adaptation aux réalités du terrain. Par exemple, l'absence de communication entre les services hospitaliers et les programmes de prévention communautaires ralentit l'application de la stratégie « Test & Treat ».

Un autre problème central est l'inertie institutionnelle, concept clé en sociologie des organisations. Mintzberg (1983)²² souligne que les structures de santé publique ont tendance à reproduire les mêmes schémas, même lorsqu'ils sont inefficaces. La formation insuffisante des professionnels de

²⁰ Michel Crozier, Erhard Friedberg. L'acteur et le système. Paris. Editions Seuil. 1977

²¹ Michel Crozier. La société bloquée. Edition du Seuil. 1970

²² Henry Mintzberg. Structure en cinq : Concevoir des organisations efficaces. 1983

santé, le manque d'infrastructures adaptées et l'absence de protocoles standardisés compliquent la généralisation du dépistage et du traitement systématique de l'hépatite C.

Enfin, cette approche met en évidence les enjeux liés à la gestion des ressources humaines et financières. Les hôpitaux camerounais fonctionnent souvent avec un personnel sous-qualifié et en sous-effectif, ce qui limite leur capacité à gérer un programme aussi ambitieux que « *Test & Treat* ». Par ailleurs, le manque de financement durable pose la question de la soutenabilité du programme à long terme.

Ainsi, la sociologie des organisations permet d'identifier les blocages structurels qui freinent l'application de la stratégie « *Test & Treat* » et d'explorer des pistes d'amélioration, notamment en terme de gouvernance et de coordination interinstitutionnelle.

b. Approches sociologiques complémentaires de la santé

La sociologie de la santé analyse comment les facteurs sociaux, culturels et économiques influencent l'accès aux soins et les représentations de la maladie. Cette approche est essentielle pour comprendre pourquoi certaines populations ne bénéficient pas pleinement de la stratégie « *Test & Treat* ».

Dans la continuité de ces analyses, les travaux de Claudine Herzlich (1969)²³ apportent un éclairage essentiel sur les représentations sociales de la maladie. Selon elle, la maladie ne se réduit pas à une réalité biologique, mais s'inscrit dans un univers de significations construites socialement. Les individus interprètent leur état de santé en fonction de leurs expériences, de leur environnement social et des normes culturelles. Dans le cas de l'hépatite virale C, ces représentations peuvent influencer fortement le recours au dépistage et à la prise en charge, notamment lorsque la maladie est associée à des comportements jugés déviants, ce qui renforce la stigmatisation.

Dans cette même perspective, David Lebreton (1995)²⁴ insiste sur la dimension symbolique et sociale du corps. Pour lui, le corps est un construit social à travers lequel s'expriment les rapports sociaux, les identités et les expériences individuelles. La maladie, en affectant le corps, devient ainsi une expérience à la fois biologique et sociale. Dans le contexte du VHC, la perception du

²³ Claudine Herzlich, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, EHESS, 1969

²⁴ David Lebreton, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1995

corps malade peut entraîner des stratégies d'évitement, de dissimulation ou de retrait social, influençant directement l'accès aux soins et l'adhésion au traitement.

Par ailleurs, les travaux de Patrick Hassenteufel (1997)²⁵ permettent d'analyser la santé sous l'angle des politiques publiques et de l'action publique. Il met en évidence que les politiques de santé résultent d'interactions complexes entre différents acteurs (Etat, professionnels de santé, organisations internationales, bailleurs de fonds). Ces dynamiques influencent la mise en œuvre des programmes de santé, notamment en terme de coordination, de gouvernance et d'allocation des ressources. Ainsi, les difficultés liées à la prise en charge du VHC peuvent être comprises comme le résultat de défis structurels, mais aussi de logiques d'acteurs parfois divergentes.

D'une part, la sociologie des organisations met en évidence les dysfonctionnements administratifs, le manque de coordination entre acteurs et les contraintes financières qui freinent l'efficacité du programme. D'autre part, la sociologie de la santé souligne comment les inégalités sociales, culturelles et territoriales influencent l'accès aux soins et la perception de la maladie. L'enjeu est donc double : il s'agit d'améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans les institutions de santé tout en réduisant les disparités sociales et géographiques qui entravent l'accès aux soins pour les populations vulnérables.

2-Outils de collecte

La méthodologie de collecte des données repose sur trois techniques complémentaires : le questionnaire standardisé, les guides d'entretien semi-directifs et les observations directes. L'utilisation de ces trois outils permet d'obtenir des données quantitatives et qualitatives, afin de mieux comprendre les défis organisationnels, financiers et territoriaux liés à la mise en œuvre de la stratégie « *Test & Treat* » pour l'hépatite C au Cameroun.

a. Le questionnaire

Le questionnaire est un outil clé de collecte des données quantitatives. Il permet d'obtenir des réponses structurées sur un large échantillon de population. Dans le cadre de cette étude, un questionnaire structuré sera administré auprès des professionnels de la santé (médecins, infirmiers,

²⁵ Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, collection U, 1997

responsables de centres de santé), des patients atteints d'hépatite C et des décideurs en santé publique.

Le questionnaire abordera plusieurs thématiques, notamment :

- L'accessibilité aux services de dépistage et de traitement
- Les freins organisationnels dans la mise en œuvre de la stratégie « *Test & Treat* »
- Les contraintes financières rencontrées par les patients et les structures de soins
- Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins

Le questionnaire sera anonyme et auto-administré lorsque possible, ou administré en face-à-face par un enquêteur pour les populations ayant des difficultés de lecture.

Tableau 1 : Exemple de question

Thème	Type de question	Exemple de question	Echelle de réponse
Accessibilité au dépistage	Fermée	Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite ?	Oui/Non
Barrières organisationnelles	Likert	Le personnel de santé est-il suffisamment formé pour le dépistage du virus de l'hépatite C ?	Pas tout à fait/ Tout à fait
Contraintes financières	Ouvert	Quels est le principal obstacle financier à votre prise en charge ?	Réponse libre
Inégalités territoriales	Fermée	Y a-t-il un centre de dépistage accessible dans votre région	Oui/Non

TABLEAU 1 : Exemple de question

SOURCE : Par nos soins

b. Les guides d'entretien semi-directifs

Les entretiens semi-directifs permettent de recueillir des données qualitatives approfondies sur les défis rencontrés dans la mise en œuvre de la stratégie « Test & Treat ». Ces entretiens sont réalisés avec un échantillon de professionnels de santé, décideurs politiques, patients et acteurs associatifs.

Chaque entretien suit un guide, permettant d'explorer en profondeur les enjeux de la prise en charge de l'hépatite C.

THÈMES ABORDÉS DANS LES ENTRETIENS

- Organisation du dépistage et du traitement : perception des professionnels de santé et des patients sur l'efficacité du programme
- Contraintes et solutions : quelles sont les difficultés majeures et comment les surmonter ?
- Expériences des patients : parcours de dépistage et d'accès aux soins
- Inégalités territoriales : difficultés spécifiques aux zones rurales et périurbaines

Les entretiens seront enregistrés avec consentement et retranscrits pour une analyse thématique approfondie.

c. Les observations directes

L'observation directe permet d'analyser les pratiques de dépistage et de traitement sur le terrain, en particulier dans les structures de soins. Cette technique est essentielle pour identifier les problèmes logistiques, organisationnels et infrastructurels qui ne sont pas toujours bien exprimés dans les questionnaires et entretiens.

Lieux d'observation

- Centres de santé urbains et ruraux
- Cliniques spécialisées en hépatologie
- Programmes communautaires de dépistage

Critères d'observation

- Disponibilité des équipements de dépistage (TROD, TAAN)
- Attitude des professionnels de santé envers les patients
- Temps d'attente et fluidité du parcours de soin

- Respect des protocoles de prise en charge

Un journal de terrain est tenu pour consigner les observations, avec des descriptions détaillées et des photographies lorsque possible (avec autorisation des sujets concernés).

IX- PLAN DE REDACTION

Comme dans un de ses ouvrages méthodologiques Michel Beaud affirme que « qu'aucun étudiant ne devrait commencer la rédaction d'un mémoire sans avoir construit le plan de rédaction » (*L'art de la thèse. Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat un mémoire de DEA, maîtrise ou tout autre travail universitaire à l'ère du net ?*, 1999)²⁶, ainsi notre travail de recherche s'organise autour de deux parties principales subdivisés en quatre chapitres, afin de répondre de manière rigoureuse aux questions de recherche et de traiter les objectifs spécifiques identifiés.

²⁶ *L'art de la thèse. Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat un mémoire de DEA, maîtrise ou tout autre travail universitaire à l'ère du net ?*, 1999

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE SOCIOLOGIQUE DE LA
STRATEGIE TEST AND TREAT ET DE SON IMPLANTATION
AU CAMEROUN**

Cette première partie de notre mémoire, couvre deux chapitres qui portent sur *La trajectoire du « Test and Treat »* et celui de *Dynamiques sociales et structurelles autour de la prise en charge de l'hépatite virale C au Cameroun*. Pour ces deux chapitres, il s'agit de nous montrer tout d'abord comment la stratégie « Test and Treat » a vu le jour à travers le VIH/SIDA, son parcours et aussi dans quelle maladie elle a eu un impact et ensuite, de montrer comment la maladie est vue sur le plan social surtout dans la société camerounaise et quelles sont les différentes contraintes structurelles qui pèsent sur elle.

S'agissant du **premier chapitre**, il montre comment le « Test and Treat », initialement pensé comme modèle d'intervention pour le VIH, a été progressivement intégré dans la lutte d'autres maladies virales. Ce chapitre retrace l'évolution de cette stratégie depuis son émergence jusqu'à sa mise en œuvre dans le contexte camerounais en mettant en lumière l'apports des institutions internationales, l'épidémiologie dans le monde et les différentes expérimentations qui ont contribué à sa diffusion.

Pour le **deuxième chapitre**, il propose une analyse sociologique des réalités locales qui influencent la mise en œuvre de la stratégie au Cameroun. Il se penche notamment sur les dynamiques sociales et structurelles qui modèlent l'accès aux soins. Au travers de l'examen des inégalités sociales, des représentations de la maladie, des croyances autour des traitements et aussi des défaillances organisationnelles et territoriales du système de santé.

CHAPITRE 1 : LA TRAJECTOIRE DU TEST AND TREAT

L'évolution des politiques de santé publique dans la lutte des maladies infectieuses a connu une évolution majeure avec l'émergence de la stratégie « Testa and Treat ». Mis sur pied dans le contexte de lutte contre le VIH/SIDA, cette approche repose sur une logique de simplification des parcours de soins, visant à dépister rapidement les malades et les traiter immédiatement. Recommandé par l'OMS, cette stratégie s'est progressivement étendue à d'autres pathologie chroniques dont les hépatites virales et notamment le VHC. Dans ce chapitre, notre objectif principal est de montrer comment la stratégie « Test and Treat » a vu le jour. Il s'agit d'analyser ses fondements, les justifications pour son adoption, son évolution et sa généralisation dans les politiques de santé mondiales.

I- ORIGINE ET EVOLUTION DE LA STRATEGIE « *TEST AND TREAT* » POUR LE VIH, VHB, VHC

Dans le domaine de la santé publique, la stratégie est un ensemble de dispositions arrêtées pour améliorer ou maintenir la santé d'une population. Elle a plusieurs objectifs comme : réduire la mortalité et la morbidité, prévenir les maladies et à améliorer la qualité de vie. Une stratégie en santé publique débute très souvent par un besoin de la santé de la population cible.

Au niveau des maladies infectieuses, le dépistage précoce et le traitement immédiat sont très souvent essentiels pour limiter la progression de la maladie, ils contribuent aussi à une prise en charge rapide et à des bonnes chances de guérison, son importance permet de limiter la progression de la maladie (IAEA BULLETIN, 2020)²⁷.

Le concept « Test and Treat » est une approche biomédicale qui consiste à réaliser un dépistage systématique d'une infection et ensuite de mettre le patient détecté sous traitement de manière immédiate (Florida Health, 2024)²⁸. En d'autres termes, ce concept a pour objectif

²⁷ Bulletin de l'IAEA. (2020, Juin). Les maladies infectieuses sur www.iaea.org/bulletin

²⁸ Floride Health. Tester et traiter sur <https://broward.floridahealth.gov/programs-and-services/hiv-aids/linkage-and-retention>

principale de détecter le plus tôt possible les cas d'infection dans une région afin de pouvoir agir rapidement et efficacement.

Le VIH qui débute dans les années 1980 (Institut Pasteur, 2022)²⁹ devient une pandémie mondiale préoccupante causant beaucoup de conséquences comme des décès. Pour éradiquer cette maladie qui devient de plus en plus inquiétante de par ces nombreux dégâts crée des recherches médicales pour pouvoir éradiquer cette maladie, à partir des années 1990 les premiers traitements comme les trithérapies et des bithérapies à base d'inhibiteurs de protéase ont été introduits (Institut Pasteur, 2022)³⁰ qui offrent une avancée majeure dans la lutte contre le VIH réduisant la mortalité et la morbidité.

Pour contribuer à l'avancement du traitement de la maladie, des tests sérologiques sont mis sur pied pour permettre de dépister des anticorps du VIH (Afrapia, 2023)³¹. Aussi, dans la marche de lutte du VIH des gouvernements et des organisations comme l'OMS vont jouer un rôle très important en matière de sensibilisation, de dépistage, de traitement et de prévention.

L'étude HPTN 052 publiée en 2011 a contribué à une avancée pour la lutte contre le VIH en montrant l'efficacité du traitement antirétroviral précoce (TasP) pour réduire le risque de transmission sexuelle du VIH et ce traitement a permis de réduire 96% de risque de transmission (vih.org, 2011)³². Essai effectué sur des couples sérodiscordants (couples où l'un est séropositif et l'autre séronégatif) ses résultats ont montré que ce traitement réduit la charge virale donc le risque de transmission du VIH (vih.org, 2011)³³. Les résultats de l'étude HPTN 052 ont été d'une aide importante dans la mise en place de la stratégie « Test and Treat » qui vise à mettre sur traitement antirétroviral immédiat des personnes séropositives dans les couples pour une réduction de la charge virale. Elle est donc non seulement très efficace pour prévenir la transmission du virus mais aussi une voie pour mettre sur pied de nouvelle stratégie dans la lutte du VIH.

²⁹ Institut Pasteur. VIH/SIDA. Juillet 2023 sur <https://www.pasteur.fr>

³⁰ Institut Pasteur. VIH/SIDA. Juillet 2023 sur <https://www.pasteur.fr>

³¹ AFRAPEDIA. (2023, Juillet). Les outils virologues du diagnostic et du suivi de l'infection du VIH sur <https://www.afrapediia.org>

³² Vih.org. Le meilleur de 2011-TasP : L'essai HPTN 052 en tête des événements scientifiques 2011 selon science. (Décembre, 2011) sur <https://vih.org>

³³ Vih.org. Le meilleur de 2011-TasP : L'essai HPTN 052 en tête des événements scientifiques 2011 selon science. (Décembre, 2011) sur <https://vih.org>

Le « Test and Treat » a été recommandé par l'OMS et l'ONU SIDA entre 2013 et 2015 (APIDPM, 2017)³⁴ qui va aider des personnes vivant avec le VIH d'être traités quand ils sont testés sans prendre en compte le stade de l'infection.

Au fil du temps, la stratégie « Test and Treat » est devenue une approche centrée sur la santé publique et non purement clinique autrement dit, cette approche se caractérise désormais par une vision englobant des facteurs, environnementaux, sociaux et territoriaux qui influencent la santé de la population. Aussi, elle vise à améliorer la santé de la population en tenant compte de plusieurs déterminants sociaux de la santé comme, la religiosité, l'éducation, le niveau de vie et l'accès aux soins et aussi à réduire les inégalités sociales de santé et à mieux gérer un accès équitable aux soins pour tout le monde.

Le VIH et le VHB partagent beaucoup de similitudes comme : leurs modes de transmission (par voie sexuelle, le partage d'objets souillés et aussi de la mère à l'enfant et aussi les deux virus peuvent causer des infections chroniques qui si ne sont pas traités peuvent durer toute la vie.

Dans le traitement du VHB, il existe 06 antiviraux homologués par la Food and Drug Administration (FDA) mais seuls 03 de « Première ligne » sont préconisés : le Ténovofir Disproxil (Viread/TDF), le Ténovofir alafénamide (Vemlidy/TAF) et entécavir (Baracule) est un antiviral efficace aussi disponible dans les traitements contre le VIH (Hepatitis B Foundation, 2025)³⁵.



Image 1 : Ténovofir

Source : Google image

³⁴ APIDPM. Lutte contre le Sida : On veut vulgariser le « Test and Treat ». Juillet 2017 sur <https://www.santetropicale.com>

³⁵ Hepatitis B Foundation. Informations générales. 2025 sur <https://www.hepd.org>

Parlant du VHC, il est devenu un problème de santé publique mondiale souvent énoncé commun « tueur silencieux » parce que la personne infectée a des symptômes presque invisible, l'hépatite C est présent dans toutes les régions du monde et le nombre de personnes infectées est estimé à 58 millions à l'échelle mondiale et 1,5 million de personnes contractant une infections chaque année (World Heath Organization, 2024)³⁶. Pour combattre contre ce virus les Antiviraux à Action Directe (AAD) ont fait leur apparition en 2013 offrant ainsi une efficacité élevée et qui permettent de guérir la maladie chez presque tous les patients avec une durée de traitement de 8 à 12 semaines. (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire : journée nationale de lutte contre les hépatites virales*, 2019)³⁷. Pour mieux combattre cette maladie, l'OMS va officiellement recommander l'approche « Test and Treat » en 2016 (Hepcoalition, 2018)³⁸, cette recommandation vise à dépister et traiter immédiatement et rapidement les personnes infectées par le virus de l'hépatite virale C. Ces recommandations misent sur pied par l'OMS sont généralement basées sur l'efficacité des nouveaux médicaments et aussi qu'un traitement immédiat peut freiner la transmission et le développement des complications de la maladie comme le cancer et la cirrhose du foie. L'OMS encourage les pays à adopter l'approche pour l'hépatite C afin d'atteindre leur objectif, qui est d'éliminer cette infection d'ici 2030 (Le monde, 2019)³⁹.

II- INTEGRATION DANS LES POLITIQUES DE SANTE MONDIALES

Les institutions sanitaires internationales ont un rôle important dans la lutte contre les maladies infectieuses et transmissibles en élaborant des normes et en fournissant des conseils pratiques et répondant aux questions d'urgence. Ces institutions s'efforcent de prévenir et détecter et éradiquer des épidémies et promouvoir la santé à l'échelle mondiale. Pour soutenir l'implantation

³⁶ Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite C. Avril 2024 sur <https://www.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

³⁷ *Bulletin épidémiologique hebdomadaire : journée nationale de lutte contre les hépatites virales* sur <https://www.santepublique.fr>

³⁸ HepCoalition. Traitements. Février 2018 sur <https://www.hepcoalition.org>

³⁹ Le Monde. Hépatite C : 15 millions de nouvelles infections et 1,5 millions de morts évitables d'ici à 2023. Janvier 2019 sur <https://www.lemonde.fr>

du Test and Treat, les institutions sanitaires sont importantes parce qu'elles ont une notoriété importante sur le plan de la santé publique.

A l'échelle mondiale l'OMS est le plus grand organisme de la santé publique qui joue un rôle essentiel dans la prise des décisions de santé publique. Elle travaille avec plusieurs pays membres pour développer des recommandations fiables pour de meilleures données disponibles. Dans ses lignes directrices pour combattre contre le VHC, l'OMS adopte officiellement en 2016 la stratégie « Test and Treat » préconisant le dépistage et le traitement immédiat de ces infections virales (CATIE, 2021)⁴⁰ cette stratégie consiste pour les personnes testées positives de recevoir un traitement antiviral pour supprimer le virus et prévenir la transmission, cette stratégie vise généralement à rendre le traitement disponible à tous sans discrimination.

L'OMS se fixe donc pour objectif d'éradiquer d'ici 2030 l'hépatite C comme un problème de santé publique, l'OMS souhaite réduire de 90% les nouvelles infections par le VHC et de 65% de décès liés à ce virus d'ici 2030 (CHU de Liège, 2020)⁴¹, ses défis incluent l'accès au traitement, le coût élevé des médicaments et la lutte contre les barrières financières.

Quant à l'ONUSIDA, il est le plus grand pionnier dans la promotion du dépistage du VIH notamment dans l'adoption de la stratégie « Test and Treat ». Cette stratégie permet de diagnostiquer et traiter rapidement les personnes infectées du VIH pour réduire sa transmission et améliorer leur santé. Pour combattre le VIH, l'ONUSIDA a fixé pour objectif mondiale 95-95-95 pour 2030 qui signifie qu'il faut diagnostiquer 95% de toutes les personnes vivantes avec le VIH, ensuite fournir un traitement rétroviral à 95% des patients diagnostiqués et obtenir une charge virale indétectable chez 95% des personnes traitées (Epicentre, 2024)⁴². La stratégie « Test and Treat » repose sur le fait que le dépistage rapide et le traitement précoce du VIH sont bien meilleurs pour réduire l'expansion du Virus et d'améliorer l'espérance de vie des malades et cette expérience à une influence sur les politiques de lutte du VHC.

Gavi, a été créé pour améliorer l'accès aux vaccins dans les pays pauvres notamment contre les maladies infectieuses. Désormais, il joue un rôle important dans la prévention et les luttes

⁴⁰ CATIE. Le traitement de l'hépatite C. 2021 sur <https://www.catie.ca>

⁴¹ CHU de Liège. Hépatite C : relevons le défi de son éradication pour 2030. 2020 sur <https://www.chuliege.be>

⁴² Epicentre/MSF. VIH/SIDA. Aout 2024 sur <https://epicentre.msf.org>

des hépatites virales. Il joue un rôle important dans la vaccination contre l'hépatite B en particulier en Afrique Subsaharienne parce que dans cette période on estime que 6% de la population est infectée (Pour la science, 2018)⁴³.

L'Egypte a entamé une gigantesque campagne contre l'hépatite C dans le but de dépister et soigner une population parmi les plus atteintes du monde, on estime donc qu'en 2020, 20% des Egyptiens étaient infectés par le VHC (France 24, 2019)⁴⁴.

III- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR L'HEPATITE C (MONDE, AFRIQUE, CAMEROUN)

L'hépatite virale C'est une infection qui constitue un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale, en particulier en Afrique et au Cameroun.

a- Monde

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), les données épidémiologiques actuelles permettent d'évaluer à 71 millions le nombre de porteurs chroniques du virus de cette maladie dans le monde, avec une séroprévalence moyenne de 1.0%. (Centre pasteur, 2024)⁴⁵, aussi les nouvelles données sur l'hépatite C soulignent qu'il y a eu environ 170 millions de nouveaux cas d'infection en 2015, soit 3% de la population mondiale (médecine science, 2022)⁴⁶.

Les estimations ont montré qu'environ 60 millions de personnes ont été atteints par le virus de l'hépatite C, soit 1% de la population mondiale soit 3,2 millions d'enfants et d'adolescents et 290 000 personnes sont mortes d'une hépatite C dans le monde en 2019. Ainsi, la prévalence varie selon les régions du monde de moins de 1% en Europe et plus de 2% dans certains pays à l'Est méditerranéen. (Afrapédia,2023)⁴⁷.

⁴³ Pour la science. Les hépatites virales, une épidémie silencieuse. 2018 sur <https://www.pourlascience.fr>

⁴⁴ France 24. L'Egypte en guerre contre l'hépatite C- Reporters. Juin 2019 sur <https://www.france24.com>

⁴⁵ Centre pasteur. Hépatites virales. Avril 2024 sur <https://www.pasteur.fr>

⁴⁶ Françoise Roudot Thovoral. Mars 2022. Epidémiologie de l'hépatite C. Médecines sciences sur https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2002/03/medsci20022002183p315

⁴⁷ Afrapedia. Les hépatites virales : situation épidémiologique et transmission. Juillet 2023 sur <https://www.afrapedia.org>

En Amérique, la séroprévalence du VHC est de 4,4% au Nord et de 1,4% aux USA, **en Europe**, les sujets atteints sont de 0,3% dans les pays d'Europe du Nord à 3% en Italie, à l'Ouest sa prévalence varie entre 0,4% à 3%. **En France**, il est estimé que 550.000 à 600.000 personnes sont porteuses de ce virus soit 1 à 1,2% de la population (Monhépatogastro.net, 2022)⁴⁸.

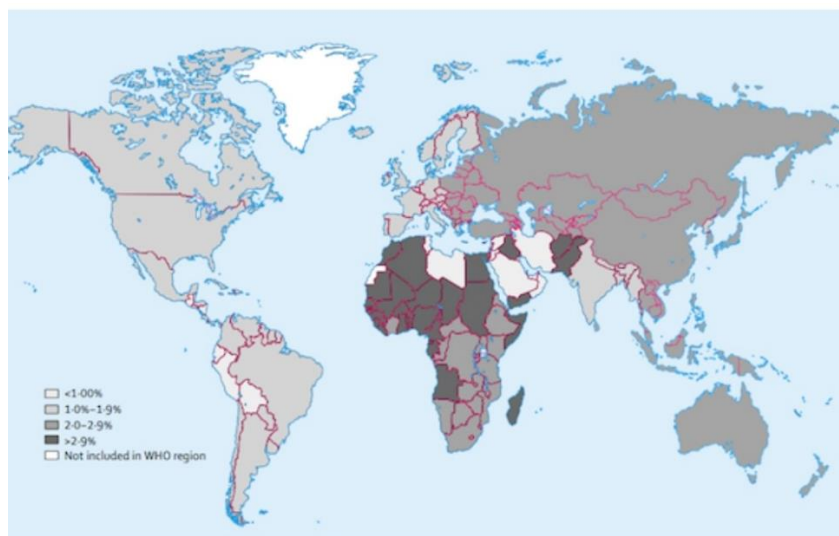


Image 2 : Prévalence estimée de l'infection par le virus de l'hépatite C dans le monde

Source : Researchgate.net

⁴⁸ Dr Didier Mennequier. Epidémiologie de l'hépatite C. Mai 2022. Monhépatogastro.net sur <https://monhepatogastro.net>

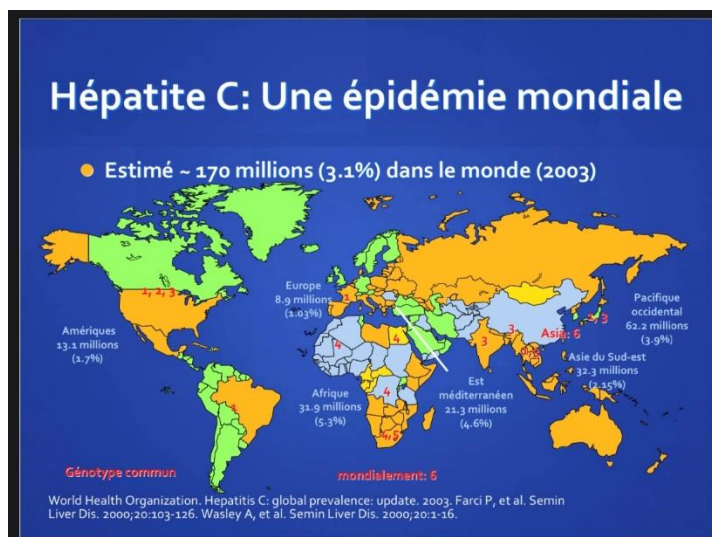


Image 3 : Epidémiologie mondiale du VHC

Source : Epidémiologie du virus de l'hépatite C : implications concernant les transmissions et la santé publique

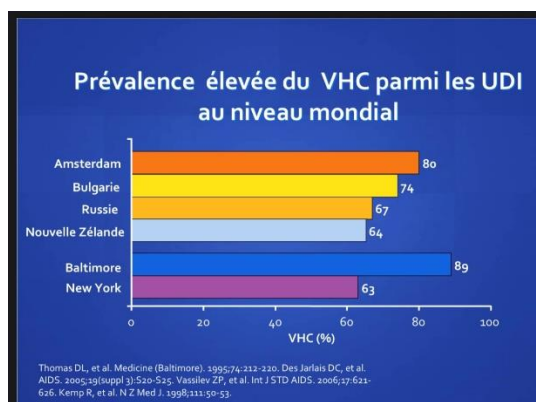


Image 4 : Prévalence élevée du VHC au niveau mondial

Source : Epidémiologie du virus de l'hépatite C : implications concernant les transmissions et la santé publique

b- Afrique

Selon des estimations, 210 000 nouvelles infections par le virus de l'hépatite virale C ont été constatées en Afrique en 2019 et aussi on estime que 45 000 décès ont été causés à cause de cette maladie (OMS, 2025)⁴⁹.

En Afrique Subsaharienne, plus de 91 millions d'Africains vivent chaque jour avec le VHC, il a été montré en 2020 que 26% des malades d'hépatite C vivaient en zone africaine avec 125 000 décès associés, plus de 1% de la population totale de 19 pays d'Afrique est infectée par le VHC. (Afrapédia, 2023)⁵⁰.

c- Cameroun

L'hépatite C est une maladie virale qui demeure un problème de santé publique au Cameroun. Le pays affiche l'un des taux de prévalence de l'Afrique subsaharienne, avec environ 1,3% de la population infectée par le virus de l'hépatite C (VHC) (Gavi, 2022)⁵¹. Les facteurs contribuant à cette forte prévalence incluent une forte couverture en dépistage, des pratiques médicales non sécurisées dans certains milieux et un manque de sensibilisation générale de la maladie. De plus les complications liées au VHC, telles que la cirrhose et le cancer du foie, augmentent le fardeau pour le système de santé camerounais, déjà sous pression par d'autres maladies infectieuses endémiques comme le VIH/SIDA et le paludisme. (World Health Organization, 2024)⁵².

Dans un article publié en 2015, il a été montré que la prévalence de l'hépatite C au Cameroun est de 13,8%, de Janvier 2012 en Mai 2014, sur 23990 personnes dépistées, 613 personnes étaient porteuses d'anticorps contre le virus C avec un taux de prévalence de 2,55% dont la prévalence la plus élevée se trouvait chez les personnes âgées entre 56 et 60 ans. 613 personnes

⁴⁹ Organisation Mondiale de la santé. Eliminer l'hépatite. 2025 sur <https://www.afro.who.int/fr/countries/rwanda/news/eliminer-lhepatite>

⁵⁰ Afrapedia. Les hépatites virales : situation épidémiologique et transmission. Juillet 2023 sur <https://www.afrapedia.org>

⁵¹ Nalova Akua. L'hépatite l'épidémie cachée du Cameroun. Gavi The vaccine Alliance. Octobre 2022 sur <http://www.gavi.org/fr/vaccineswork/hepatite-epidemie-cachee-cameroun>

⁵² Organisation Mondiale de la santé. Hépatite C. Avril 2024. OMS sur <https://www.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

étaient porteurs d'anticorps contre le virus soit une séroprévalence de 2,55% et la majorité des personnes testées soit 64,2% était jeune dans la tranche d'âge de 21 à 45 ans avec une prévalence moyenne de 2,42% chez les plus âgées de 46 à 60 ans (35,9%), la séroprévalence moyenne était de 2,76% (Prévalence du portage des anticorps anti VHC, 2015)⁵³. Notons aussi que en 2023, le Cameroun a enregistré près de 3800 cas d'hépatite C avec un impact important sur la santé publique. (Minsante, 2024)⁵⁴

Il est donc essentiel de continuer à renforcer les efforts de dépistage et de traitement pour réduire l'impact de l'hépatite C, tant au Cameroun qu'à l'échelle mondiale.

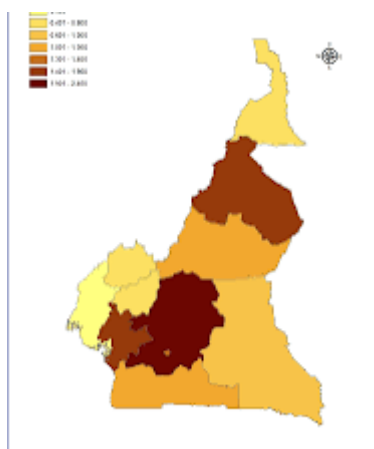


Image 5 : Carte de l'épidémiologie du VHC au Cameroun

Source : societe-mtsi.fr

⁵³ M. Biwole-Sida, Dominique Noah Noah, Eloumou bagnaka Servais Albert Fiacre et I. Dag et al. Prévalence du portage des anticorps anti VHC dans une population travailleuse (dépistage en milieu professionnel) au Cameroun. Mars 2015 sur <https://www.researchgate.net>

⁵⁴ Audrey Orock et Marcelle Epée. Lutte contre les Hépatites Virales La prévention et la vaccination, comme moyens surs d'atteindre l'objectif global d'élimination 2030. Juillet 2024 sur <https://www.minsante.cm>

IV-REVUE DE LA LITTERATURE : STRATEGIES, LIMITES ET EXPERIMENTATION AFRICAINE

a- Principes de la stratégie

La stratégie « Test and Treat » repose sur une approche qui vise à dépister rapidement des personnes atteintes du virus de l'hépatite virale C et à leur fournir un traitement immédiat afin de limiter la transmission du virus et prévenir des complications graves. Cette stratégie a été développée pour surmonter des barrières classiques de l'accès aux soins, qui incluent des parcours de soins longs, des coûts élevés et un manque de coordination entre les acteurs de santé.

b- Simplification des soins

L'un des principes fondamentaux de la stratégie « Test and Treat » est la réduction des obstacles administratifs et médicaux à la prise en charge de l'hépatite C. Habituellement, les patients devaient passer par plusieurs consultations médicales, des analyses laboratoires complexes et ces délais d'attente longs avant d'accéder au traitement.

Mais avec le « Test and Treat », la prise en charge est mieux simplifiée et accélérée grâce à plusieurs facteurs comme : l'élimination des critères restrictifs de traitement, qui limitaient avant l'accès aux AAD, la prise de décision rapide basée sur nombre réduit de tests diagnostiques essentiels et enfin l'intégration du dépistage et du traitement dans les structures de soins primaires qui évite aux patients de consulter plusieurs spécialistes avant d'être pris en charge.

La stratégie « Test and Treat » repose donc sur plusieurs principes fondamentaux à savoir :

- **Un dépistage accessible à tous et rapide** : Il est primordial de rendre le dépistage du VHC accessible et rapide facilement. Ceci se fait à travers des tests de dépistage rapide (TROD) qui a pour principal avantage d'être rapide donc fournir des résultats en quelques minutes (devsante.org, 2013)⁵⁵

⁵⁵ Catherine Dupeyron. (2013, Octobre). Tests de diagnostic rapide en pathologie infectieuse, intérêt en zone tropicale. Devsante.org. <https://devsante.org>

- **Un traitement immédiat** : Aussitôt qu'une personne est testée positif au virus, le traitement par AAD doit être donnée sans retard et sans attendre que la maladie ne se propage d'avantage (Reactup, 2012)⁵⁶.
- **Une adhésion au traitement** : une fois que le malade est mis sous traitement, il reçoit des services adaptés et un suivi régulier pour son besoin, afin de garantir l'efficacité de la stratégie, (vih.org, 2012)⁵⁷,

En somme, l'objectif principal de la stratégie « Test and Treat », est de réduire la charge virale de la maladie en simplifiant au maximum les soins, ce qui permet de rehausser leur état physique mais aussi de diminuer le risque de transmission du virus.

c- Décentralisation des tests et traitements.

Dans une citation de Furniss : le terme « **décentralisation** » peut viser le transfert du pouvoir de contrôle sur les entreprises publiques, qui passe des fonctionnaires à un conseil relativement autonome ; le développement de l'apport de l'économie régionale aux efforts nationaux de planification ; de la hiérarchie, ou leur répartition dans l'espace ou par catégorie de problème ; la création d'organes législatifs de plus petite dimension ; ou encore le transfert de responsabilités à des organes législatifs se situant à un échelon infranational, l'extension du pouvoir de contrôle dans les centres de production économique, voire l'espoir d'un monde meilleur grâce au développement de la participation individuelle.

Dans notre étude, il s'agit d'une décentralisation fonctionnelle des tests et traitements.

Le principal frein en Afrique à l'accès aux soins est la centralisation de ces soins dans les grands hôpitaux. La stratégie « Test and Treat » repose sur la décentralisation des services afin de rapprocher les soins des populations vulnérables et isolées. De ce fait, la décentralisation implique : le déploiement des tests de dépistage rapide (TROD) dans les centres de santé communautaires et même des unités mobiles, l'intégration du dépistage de l'hépatite virale C dans les programmes

⁵⁶ Aimache. (2012, Septembre). Tout savoir sur le virus de l'hépatite C (VHC). REACTUP sur <https://www.reactup.fr>

⁵⁷ Vih.org. (2012, 5 Janvier). Organisation des soins- le maintien dans le soin, 3^e acte du test and treat sur <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20120105>

existants comme ceux du VIH et du paludisme et enfin la formation des personnels de santé pour réaliser les tests et initier les AAD.

Aussi, la décentralisation des tests et traitements, consiste à déplacer les services de santé et tout ce qui est inclut vers la communauté et cela peut impliquer : des cliniques mobiles et des campagnes. Il s'agit donc principalement d'améliorer l'accessibilité, la fluidité, la qualité, l'équité et l'efficience des services offerts. (OpenEdition Journals, 2017)⁵⁸

La décentralisation des tests et traitements peut résoudre plusieurs problème comme : une meilleure accessibilité géographique pour des personnes vivant dans les zones rurales ou enclavées, une bonne accessibilité financière à cause des coûts de transport parfois élevé, une accessibilité temporelle qui viendra résoudre le problème des longues files d'attente et des horaires fixes dans les services de santé et aussi l'accès à des services spécialisées dans ce cas la population auront une facilité d'accès grâce au rapprochement des services vers leur lieu de vie.

L'expérience effectuée au Rwanda a démontré que la décentralisation des soins permet d'augmenter le nombre de patients dépistés et traités (OMS Rwanda, 2023)⁵⁹

Dans une étude menée au Botswana, la décentralisation des soins a permis, le développement et une efficacité accrue de l'engagement communautaire, l'amélioration de la collaboration intersectorielle et enfin le traitement plus rapide et mieux approprié des problèmes administratifs (OMS Botswana, 2024)⁶⁰.

d- Réduction des étapes diagnostiques

L'un des défis majeurs dans la mise sur pied de la stratégie « Test and Treat », est la complexité du diagnostic qui nécessite souvent plusieurs tests successifs pour confirmer l'infection. Cette multiplicité des tests entraine des coûts élevés, des délais de prise en charge prolongés et un taux élevé de perte de suivi des patients.

⁵⁸ Christina Aschan-Leygonie. (2017, Juin). Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise sur <https://journals.openedition.org/rfst/597>

⁵⁹ Organisation Mondiale de la Santé Rwanda. (2023, 28 Aout). Eliminer l'hépatite sur <https://www.afro.who.int>

⁶⁰ Organisation Mondiale de la Santé. Faire de la sécurité routière une priorité au Botswana. Décembre 2024 sur <https://www.afro.who.int>

Pour éviter les pertes de patients entre le dépistage et le traitement, la stratégie « Test and Treat » adopte une approche plus pragmatique : comme l'utilisation des Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) pour un premier dépistage rapide et accessible, l'utilisation du modèle « One-Stop Shop » qui veut dire dépistage +test PCR+ prescription en une seule visite comme en Egypte 65 millions de personnes dépistées et 4 millions traitées grâce à ce modèle (Collège France, 2019)⁶¹, diagnostic simplifié avec un seul test d'ARN viral pour confirmer l'infection active.

e- Mise en œuvre de la stratégie

La mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » dépend de plusieurs facteurs, notamment la disponibilité des médicaments, l'engagement politique, le financement des tests et la formation des professionnels de santé.

Dans les pays ayant réussi à déployer cette stratégie, les étapes clés ont été les suivantes : **L'adoption de lignes directrices simplifiées pour la prise en charge du virus de l'hépatite C, la réduction du coût des antiviraux (AAD) grâce à des accords avec les laboratoires pharmaceutiques et la formation des agents de santé locaux pour faciliter le dépistage et la mise sous traitement immédiat.**

L'Egypte et le Rwanda ont mis en œuvre ces étapes avec succès, permettant de tester et traiter des millions de personnes en quelques années seulement.

Au Rwanda, avec une population de 11,3 millions de personnes, ce pays affiche un taux de prévalence du VHC de 3,1% à 4,1%. En 2015, les patients atteints de la maladie sont traités avec les antiviraux à action directe (AAD) et pour améliorer une meilleure prise en charge, des partenariats ont été établis visant à traiter 300 patients pendant 02 ans et depuis 2016, des tests de détection du VHC sont disponibles dans 15 établissements et des tests sont disponibles dans 9 hôpitaux rwandais. (Hepcoalition,2018)⁶².

⁶¹ Arnaud Fontanet. (2019, 4 Mars). Hépatite C : l'élimination, à quel prix ?. Collège de France sur <https://www.collège-de-france.fr>

⁶² Chloé Forette. (2018, 9 Avril). Rwanda : Un modèle communautaire de prise en charge de l'hépatite C dans les contextes à ressources limitées ?. hepcoalition sur <https://www.hepcoalition.org>

Un plan quinquennal pour l'élimination du VHC a été proposé pour dépister et traiter 4 millions de rwandais âgés entre 15 ans et plus, ils veulent donc confirmer la charge virale de 230 000 personnes peut être positif au VHC et traiter 112 000 patients susceptibles d'être positif afin de réduire la prévalence du VHC de 4,0% à 1,2% et atteindre une couverture thérapeutique de 90% pour 2024. (Rwanda news, 2019)⁶³

L'Égypte est l'un des pays qui avait des prévalences par le VHC les plus élevées au monde. De ce fait le ministère de la santé égyptienne a décidé de lancer une campagne nationale pour la détection et la prise en charge de cette maladie. (CDA Foundation, 2023)⁶⁴

En octobre 2018, une grande campagne de dépistage a été lancée sur tout le territoire égyptien, en 2019, près de 50 millions d'Égyptiens ont été testés et 2 millions d'entre eux seront traités et l'OMS espèrent éradiquer la maladie d'ici 2020. (France 24, 2019)⁶⁵

Une étude sur la stratégie « *Test and Treat* » plus précisément en Côte d'Ivoire a été faite par Kevin Jean ayant pour titre « *Mise à l'épreuve de la stratégie de prévention du VIH « Tester et traiter : l'exemple de la Côte d'Ivoire* »⁶⁶ en 2018 pour l'obtention de sa thèse en santé publique.

Au Cameroun, il y a la signature de partenariat avec les médecins sans frontières (MSF) dans certaines zones ciblées à travers des cliniques mobiles, la sensibilisation communautaire et la distribution des kits de prévention, impliquer des acteurs comme le gouvernement, les ONG et les communautés locales comme l'Alliance Camerounaise contre les Hépatites.

⁶³ Rwandas.com. (2019, 17 août). Rwanda veut éliminer l'hépatite C d'ici cinq ans. Rwanda news sur <https://rnanews.com>

⁶⁴ Alaa Osman, Amaa Gomaa, Ayat Roushdy et al. (2023, 18 avril). Impact du programme national égyptien de dépistage et de traitement de l'hépatite virale C : un modèle de rentabilité sur <https://cdafound.org/fr/global-reporting-of-progress-towards-elimination-of-hepatitis-b-hepatitis-c>

⁶⁵ Nadia Blétry, Eric de Lavarène et Claire Willot. (2019, 28 Juin). L'Égypte en guerre contre l'hépatite C sur <https://www.france24.com/reporters/2190628-egypte-hepatite-lutte-virus-contamination-vaccination-traitement-cancer-cirrhose>

⁶⁶ Kevin Jean. *Mise à l'épreuve de la stratégie de prévention du VIH « Tester et traiter : l'exemple de la Côte d'Ivoire*. 2018

f- Échecs et succès

Au niveau du succès de cette stratégie, le programme a eu une réussite dans certains pays comme l'Égypte où il y a eu un dépistage massif de plus de 65 millions de personnes et traitements de 4 millions de patients réduisant la prévalence du virus de l'hépatite virale C, le Rwanda a eu une intégration réussie du dépistage du VHC dans les soins primaires, permettant de tester plus de 7 millions de personnes et en France l'adoption d'un parcours de soins simplifié réduisant les délais entre le dépistage et l'initiation du traitement.

Pour la réussite de ce programme les facteurs clés du succès incluent : des négociations avec des laboratoires pour une accessibilité des traitements, une approche communautaire pour atteindre les populations les plus exposées, une volonté politique forte et un engagement financier du gouvernement.

Malgré les succès de cette mise en œuvre de la stratégie a rencontré des difficultés dans plusieurs pays à cause des coûts élevés des tests et des médicaments dans de nombreux pays d'Afrique, l'absence de subventions publiques rend le traitement presque inaccessible, les infrastructures médicales restent concentrées dans les grandes villes, laissant les populations rurales sans accès au dépistage et aussi les professionnels de santé ne sont pas assez formés aux nouvelles recommandations retardant l'initiation du traitement.

g- Du « Test and Treat » de l'HVC

La stratégie « Test and Treat » est une approche globale conçue pour simplifier et accélérer le dépistage et le traitement de l'hépatite virale C, dans le but ultime d'éliminer la maladie en tant que menace pour la santé publique. Cette stratégie implique un dépistage systématique des populations à risque suivi d'un traitement immédiat pour les personnes diagnostiquées positives.

h- Apports sociologiques

Claude Hassenteufel ayant développé dans son œuvre *La sociologie de l'action publique* (2008)⁶⁷ montre que la manière dont les politiques publiques sont construites circulent et s'adaptent aux contextes nationaux il met en évidence des logiques comme : les politiques importées elles

⁶⁷ Patrick Hassenteufel. La sociologie de l'action publique. Edition Armand Clin. 2008

sont souvent élaborées à l'échelle internationale qui proposent des modèles à appliquer dans tous les pays du monde, ici nous pouvons parler de l'OMS, l'ONU, Gavi et aussi des politiques locales qui peut naître d'un processus d'adaptation, de négociation et parfois de résistance face aux politiques importées.

La stratégie « Test and Treat » de ce fait peut être perçue comme une politique importée et globalement élaborée par des institutions internationales. Son application au Cameroun se heurte à des contraintes territoriales, structurelles et sociales qui oblige une réappropriation locale.

Quant à Michel Crozier et Erhard Friedberg dans leur ouvrage *L'acteur et le système* (1977)⁶⁸ montrent que les organisations ne sont pas des systèmes totalement rigides mais aussi des ensembles d'acteurs interdépendants chacun ayant ses limites de liberté, ses stratégies et ses ressources. Les acteurs mettent l'accent sur trois choses : les jeux de pouvoir dans la prise des décisions, les zones d'incertitude dans le fonctionnement organisationnel et la rationalité limitée des acteurs publiques. Ainsi, l'implémentation de la stratégie engage plusieurs acteurs comme : l'état, les bailleurs de fond, les ONG, les formations sanitaires et le personnel de santé. Cette pluralité engendre donc : le manque de coordination, des lenteurs administratives, le partage de pouvoir ; des enjeux budgétaires et même une fragmentation au niveau de l'exécution des pouvoirs.

La sociologie des organisations de Michel Crozier et de Erhard Friedberg permet d'analyser la gouvernance du système de santé camerounais et les tensions internes qui freinent l'implémentation de la stratégie « Test and Treat ».

La trajectoire du « Test and Treat » révèle une logique de médicalisation accélérée des politiques de santé, où le dépistage et le traitement deviennent unis. En mettant l'accent sur une simplification des protocoles de soins, la stratégie se présente comme une réponse pragmatique à l'urgence sanitaire, mais elle porte aussi en elle des tensions liées à son exportation institutionnelle, social et territorial très différents. L'analyse du déploiement historique et global de cette stratégie met en avant les dynamiques de transfert de politiques publiques du nord vers le sud, tout en introduisant les défis que pose son implantation dans ses systèmes de santé parfois fragmentés comme au Cameroun. Ces défis seront mieux mis en avant dans le chapitre suivant de

⁶⁸ Michel Crozier et Erhard Friedberg. *L'Acteur et le Système*. Paris, Editions du Seuil. 1977

notre travail à travers les dynamiques sociales et structurelles qui accompagnent la prise en charge du VHC.

CHAPITRE 2 : DYNAMIQUES SOCIALES ET STRUCTURELLES AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE VIRALE C AU CAMEROUN

Ce deuxième chapitre vise à explorer les conditions concrètes de la prise en charge du VHC au Cameroun, en s'appuyant sur trois dimensions que sont : inégalités d'accès aux soins, les limites structurelles de gouvernance sanitaire et les obstacles sociaux liés aux représentations, à la stigmatisation et à la perception de la maladie. Ces dynamiques sont analysées à travers une grille sociologique qui apporte aussi l'apport de la sociologie de l'action publique, des organisations et de la santé. Son objectif est de faire comprendre comment ces dimensions interagissent pour créer la réalité de la prise en charge du VHC dans le pays, au-delà des prescriptions techniques et politiques globales.

I- PERCEPTION SOCIALE DE L'HEPATITE VIRALE C

La manière dont une société perçoit souvent une maladie dépend souvent sur l'évaluation de sa connaissance sur la maladie mais aussi sur les croyances relatives, cette représentation n'est pas que médicale mais aussi sociale, culturelle et symboliques (religieux). Dans le cas de l'hépatite virale C, les perceptions sociales jouent un rôle central car elle est peu médiatisée, peu connue et un peu souvent silencieuse. L'analyse sociologique de ces perceptions permet de démontrer les résistances à l'adhésion aux nouvelles stratégies telles que la stratégie « Test and Treat » malgré qu'elles soient cliniquement efficaces.

a- Faible connaissance du VHC dans les communautés

Dans plusieurs contextes camerounais, la maladie est souvent interprétée à travers les croyances traditionnelles. Le VHC en tant que maladie « silencieuse » car difficiles à détecter à ses débuts, est vu comme une malédiction plutôt qu'une maladie virale. Ces perceptions bien que stupides d'un point de vue médical, sont cohérentes dans le système de pensée endogène.

Au début de l'infection de cette maladie, elle peut être asymptomatique ou présenter des symptômes qui ne sont pas assez spécifiques, ces symptômes peuvent être facilement attribués à d'autres maladies comme le VHB et parfois le VIH/Sida.

b- Stigmatisation et marginalisation des malades

Le VHC est souvent mis dans le lot imaginaire collectif avec des maladies honteuses comme le VIH. Elle devient donc une maladie « silencieuse » non seulement sur un point de vue médical mais aussi symbolique autrement dit, les patients préfèrent se taire, les familles dissimulent la maladie et les communautés jugent la personne infectée. Tout ce processus renforce le rejet et l'isolement social et freine l'adhésion aux campagnes de dépistage ou à se tourner vers un professionnel de santé. De plus, Erving Goffman montre que la société produit des catégories de « normaux » et de « déviants » et que le stigmate est constamment en gestion de son image pour éviter le rejet des autres.

D'un point de vue sociologique, selon Emile Durkheim percevant la maladie comme un fait social, toute maladie au-delà de son aspect biologique a aussi une signification sociale. C'est dans cette perspective que les maladies infectieuses comme le VHC sont perçues à travers un regard moral comme des signes de transgression ou d'isolement associés à des personnes stigmatisées qui pousse à un silence social autour de la maladie, un découragement volontaire et freine la stratégie de lutte.

De plus Erving Goffman dans son ouvrage *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps* (1963)⁶⁹ énoncent le concept de Stigmate sociale qui le définit comme une marque disqualifiante qui transforme une identité dévalorisée. L'individu malade porteur d'une infection chronique ou associé à des mauvaises représentations est susceptible de cacher sa condition pour éviter le rejet social.

c- Acceptabilité du dispositif de la stratégie

La méfiance de la population envers le traitement peut découler de plusieurs sources que ce soient personnelles négatives aux préoccupations concernant la sécurité et l'efficacité des

⁶⁹ Erving Goffman. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les Editions de Minuit. 1963

médicaments ou des procédures utilisées, elle peut également découler du manque de communication ou des craintes avec l'industrie médical et pharmaceutique.

Pierre Bourdieu dans son ouvrage *La distinction* (1979)⁷⁰ rappelle que l'accès à la santé est généralement différencié. Autrement dit, le niveau d'instruction, la fréquentation des établissements médicaux joue un rôle assez très déterminant dans la capacité de mieux gérer et intégrer le VHC dans un parcours de soin. Pour le sociologue qui a développé le concept **d'Habitus**, qui est un ensemble de dispositions durables et transposables, intériorisées par les individus qui influencent leurs perceptions, leurs jugements, leurs goûts et leurs actions, plus précisément dans le domaine de la santé et des soins. Certains camerounais résidants dans les zones rurales et même urbaines ont une représentation ignorante du VHC à cause de l'ignorance et même des représentations spirituelles. Le fait que le VHC n'est pas assez médiatisé contrairement à certaines maladies comme le VIH renforce son invisibilité et sa méconnaissance. Ce silence médical est un plus au silence social, impactant son dépistage et sa prise en charge.

Pour David Le Breton (1990)⁷¹ la maladie n'est pas qu'un dysfonctionnement biologique mais aussi une suite d'évènement socialement construite à travers des récits et des expériences sociales et subjectives. Le malade plus souvent donne du sens à sa maladie, ce qui influence très souvent ses choix au niveau de la prise en charge. Pour le VHC la méconnaissance des symptômes et les associations fausses avec le VIH peuvent être un frein majeur à l'adhésion de la stratégie « Test and Treat ».

Claude Herzlich (1992)⁷² quant à elle, montre plusieurs formes de représentation de la santé :

- La santé comme absence de maladie
- La santé comme équilibre
- La santé comme capacité d'agir

⁷⁰ Pierre Bourdieu. *La Distinction*. Paris, Les Editions de Minuit. 1979

⁷¹ David Le Breton. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF. 1990

⁷² Claude Herzlich. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Edition Payot. 1992

Socialement parlant, ces conceptions de la maladie influencent le comportement de la population face au dépistage et la prise en charge de la maladie. Si une personne asymptomatique ne ressent pas la maladie, elle ne peut pas avoir l'intérêt de se dépister.

Le professeur Camerounais Claude Abe dans ses travaux sur « *L'espace public au ras du sol en postcolonie : travail de l'imagination et interpellation du politique au Cameroun* »⁷³ en 2011 explique que les catégories populaires produisent leur propre imagination monde social qui est souvent invisible pour les politiques publiques. Ceci dit, le fait d'implanter la stratégie « Test and Treat » fait face à une absence d'adhésion sociale tant que ces représentations ne sont pas prises en charge et mis dans les stratégies de communication.

Les perceptions sociales du VHC ont un impact grave sur le succès ou l'échec des stratégies de dépistage du traitement. Entre les stigmatisations sociales, le manque de communication, le silence institutionnel et les représentations sociales, le VHC reste une maladie réservée. Une stratégie comme le Test and Treat, pour être très efficace au Cameroun doit faire beaucoup d'effort sur les réalités culturelles et les inégalités symboliques et aux rapports de pouvoir dans la production du savoir médical.

II- INEGALITES STRUCTURELLES D'ACCES AUX SOINS ENTRE LES ZONES RURALES ET LES ZONES URBAINES

Les inégalités structurelles dans l'accès aux soins, désignent des disparités systématiques et injustes qui sont enracinées dans les structures sociales et politiques, plutôt que dans le choix ou le comportement personnels des individus (Santé publique France, 2025)⁷⁴. Ces inégalités structurelles dans l'accès aux soins sont souvent le résultat de plusieurs facteurs :

⁷³ Claude Abe. *L'espace public au ras du sol en postcolonie : travail de l'imagination et interpellation du politique au Cameroun*. 2011

⁷⁴ Santé publique France. Inégalités sociales et territoriales de santé. Octobre 2025 sur <https://www.santepubliquefrance.fr>

- **Les inégalités socio-économiques** : ici, les personnes défavorisées, les pauvres, les handicapés ont souvent moins de moyens pour financer des soins de santé ou pour se rendre dans des centres de santé.
- **La discrimination** : Très souvent, les groupes minoritaires peuvent faire face à plusieurs obstacles systémiques comme des biais dans les systèmes de soins.
- **Les inégalités territoriales** : Les individus vivant souvent dans les zones rurales sont délaissés et ont moins d'accès à des services de santé spécialisés ou des campagnes adaptées.
- **Les décisions politiques** : les politiques de santé et les lois peuvent souvent exacerber les inégalités en privilégiant certains groupes.

Au Cameroun, il y a des disparités entre les zones rurales qui sont souvent isolées et délaissées à cause du niveau de pauvreté assez élevé, le manque de structures hospitalières et une automédication ou une médication traditionnelle. Les villes par contre connaissent des savoirs sur le domaine de la santé mais sont confrontées à des défis comme l'insalubrité et l'insécurité, les inégalités sociales.

a- Répartition inégale des structures sanitaires

La concentration des centres de santé spécialisés dans les grandes villes est un phénomène où toutes les activités sont dans les zones urbaines importantes. Cette concentration résulte de plusieurs facteurs comme :

- **L'accès à un large marché**
- **La recherche des synergies**
- **La proximité avec les infrastructures**

A Yaoundé par exemple, comme étant la capitale et une métropole, elle attire une grande population qui entraîne des activités économiques, culturelles et politiques, 40% des médecins sont dans la région du centre où vit 18% de la population et 8% de médecins exercent dans la région de l'extrême-Nord pour 18% de la population également (Word Bank Group, 2013)⁷⁵.

⁷⁵ Groupe de la banque mondiale. Un meilleur accès à la santé pour tous les camerounais. Septembre 2013 sur <https://www.banquemondiale.org>

L'absence et la rareté des services de santé dans les zones enclavées est un problème majeur de santé publique qui affecte le bien-être et la santé de la population. Ces zones souvent isolées et lointaines rencontrent plusieurs difficultés d'accès aux infrastructures de santé, à une expertise médicale et aux soins qui peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé de ses habitants.

La répartition inégale des infrastructures de santé surtout dans les zones rurales peut freiner la mise en œuvre efficace de la stratégie « *Test and Treat* ». Cela se traduit généralement par des difficultés d'accès aux tests, de diagnostic et de traitement qui mène une accélération de la maladie et une augmentation de la mortalité.

Les populations en zones rurales, doivent souvent parcourir des longues distances pour avoir accès à une infrastructure médicale pour effectuer des tests et des traitements, cela peut être un grand obstacle pour les personnes précaires ou les malades limités. De plus, les centres de santé présent dans les zones rurales sont souvent limités : le personnels pas assez qualifié ou insuffisant, le manque d'équipement, le stock de médicament limité. L'accès limités au service de santé entraine souvent une augmentation du taux de maladies infectieuses et une propagation rapide de la maladie parce que nous rencontrons un phénomène de non-dépistage et du non-traitement.

Les zones rurales au Cameroun souffrent d'un manque de médecins, pharmacien et d'autres personnels qualifiés. Le personnel de santé préfère migrer dans les zones urbaines ou à l'étranger à cause du niveau de vie dans les zones rurales, les agents de santé envoyés dans les zones rurales sont souvent peu formés surtout sur les maladies infectieuses comme le VIH, le VHB ou le VHC. Selon la sociologie des organisations, cette inégalité révèle une énorme faille structurelle au niveau de la gouvernance sanitaire. Aussi, étant impossible de faire des tests et ces diagnostics ARN les patients en zones rurales sont obligés de partir vers les zones rurales pour obtenir de meilleurs soins, ce qui semble difficile pour les plus pauvres.

Selon le ministère de la santé publique (MINSANTE), on compte 2100 médecins fonctionnaires et d'après les statistiques mondiales du PNUD de 2009 le Cameroun compte 0,1

médecin pour 1000 habitants ce ratio est le même pour les pays tels que la RDC, le Rwanda et le Ghana. (MedCamer)⁷⁶.

Au niveau économique, les coûts liés au transport, aux consultations, aux examens et à l'achat des médicaments sont des barrières pour les populations des zones rurales, il est remarqué au Cameroun que son système de santé est basé sur le paiement à l'acte, autrement dit les patients doivent payer la totalité des soins et du traitement avant administration. Pierre Bourdieu affirme que : « *la santé n'est pas un bien universellement accessible, mais un produit socialement différencié* » (La distinction,). La précarité économique est un frein pour l'accès aux soins chez les habitants en zone rurale, les personnes en situation de pauvreté préfèrent mettre un accent sur leurs activités agricoles et faire recourt à la médecine traditionnelle que de prendre ces moyens pour les concentrés dans les soins médicaux adéquats et expérimentés. Ainsi, cette hiérarchisation de besoins freine fortement l'adhésion au dépistage du VHC. Sur la stratégie « Test and Treat », les inégalités structurelles l'impact fortement, ce retard peut réduire le nombre de personnes bénéficiant du dépistage et d'un traitement immédiat ce qui peut avoir des effets négatifs sur la progression de l'infection et la transmission du virus. En outre la stratégie « Test and Treat » pour être efficace doit intégrer ces réalités structurelles afin de favoriser une mise en œuvre durable.

III- LIMITES ORGANISATIONNELLES : COORDINATION, RESSOURCES ET GOUVERNANCE

a- Coordination défaillante entre acteurs

L'organisation des systèmes de santé présente plusieurs défis, comme dans certains pays et même au Cameroun ces défis organisationnels peuvent être : la qualité de soins, la coordination entre les acteurs, l'accès aux soins, la gestion financière et les inégalités sociales. Au Cameroun, le système de santé repose sur plusieurs acteurs comme le Ministère de la Santé publique, les ONG, et les structures internationales comme l'OMS et les partenaires, cette diversité d'acteurs se traduit souvent par le manque de coordination à savoir, le manque de synergie, les contradictions, la

⁷⁶ Ngounou Nzietchueng Caline. (2015, Décembre). Pourquoi les médecins partent ?. Medcamer sur <https://medcamer.org>

communication difficile, le processus décisionnels complexe, etc. Dans la sociologie de l'organisation, Friedberg et Crozier montre que les organisations publiques sont des systèmes d'action traversés par des acteurs qui ont des intérêts divers. L'absence de stratégie nationale consolidée pour le VHC engendre un défi majeur à la lutte de la maladie cela se traduit au niveau des dispersions des actions, un chevauchement des initiatives et une absence de pilotage centralisé. Il en résulte de là un impact sur les objectifs d'élimination, des conséquences sur la santé publique et une mauvaise allocation des ressources.

b- Ressources humaines et matérielles insuffisantes

La bonne marche de la stratégie « Test and Treat » passe par la formation du personnel de santé dans la prise en charge de l'hépatite virale C (VHC), à l'interprétation des tests, et à l'admission des ADD, mais la formation du personnel de santé pour le VHC reste minime au Cameroun. Sur le plan organisationnel, il y aura une forte dépendance aux intervenants extérieurs et sur le plan matériel, les équipements de diagnostic, les ARN et les TROD sont insuffisants et centralisés dans les zones urbaines. Les problèmes logistiques dans l'approvisionnement en ADD, comme la gestion des stocks, le manque d'espace de stockage, les problèmes de livraison et les problèmes de qualité contribuent à ralentir l'accès aux soins et pour pallier ces problèmes, il est souvent nécessaire d'adopter des solutions et aussi de mettre sur pied une bonne communication entre tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

c- Gouvernance et inertie institutionnelle

Au Cameroun par exemple, la gouvernance du système de santé souffre de beaucoup de maux notamment, la lenteur des prises de décision et une inertie institutionnelle. Michel Crozier analyse le concept d'inertie institutionnelle qui se définit comme une résistance des institutions à se modifier ou à s'adapter à un changement, du coup, la gouvernance centralisée freine la capacité des régions à adopter la stratégie dans leur réalité locale.

L'ensemble de ces défis organisationnels crée souvent une perte de suivi des patients et même une difficulté à mesurer l'efficacité de la stratégie dans le pays.

Dans certaines zones rurales, certains patients abandonnent le traitement par manque de suivi médical. Ces différents défis peuvent être une enclave sur l'objectif que l'OMS a fixé pour 2030. En sociologie de la santé, Abram de Swaan dans son ouvrage '*In care of the State : Health care ; Education and welfare in Europe and the USA in the modern Era*'⁷⁷ interprète cela comme une conséquence du désajustement entre dispositifs institutionnels logiques sociales d'adhésion au soin.

En somme les limites organisationnelles ne sont pas que techniques mais sont révélateurs des tensions structurelles dans le système sanitaire. Pour que cette stratégie soit efficace au Cameroun, elle doit avoir une coordination entre les acteurs, une décentralisation fonctionnelle et aussi planification sur les besoins sociaux.

IV-CONTRAINTES TERRITORIALES TECHNIQUES ET LOGISTIQUES

Dans la mise en œuvre d'une stratégie de santé publique, **les contraintes territoriales, techniques et logistiques** sont nécessaires parce qu'elles jouent un rôle très décisif.

a- Contraintes territoriales

Le Cameroun Afrique en miniature, regorge d'une diversité territoriale et géographique, surtout en zone rurale qui est souvent des lieux très difficiles à atteindre à cause de la distance et parfois à cause de l'état des routes. L'éloignement des structures de santé constitue un frein dans la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat ». Dans les zones désertes et forestières les populations sont d'office exclues dans la pratique sanitaire. L'injustice territoriale qui concentre plus les pratiques sanitaires dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Les patients ont du mal à suivre leur traitement parce que les hôpitaux spécialisés au Cameroun, ou les spécialistes sont concentrés se trouvent principalement dans les grandes villes comme Yaoundé et Douala. Ces deux pôles concentrent la majorité des infrastructures de références, des spécialistes (hépatologues, infectiologues, biologistes moléculaires) ainsi que des

⁷⁷ Abram de Swann. *In care of the State: Health care; Education and welfare in Europe and the USA in the modern Era*. Oxford Univ. 1998

équipements techniques nécessaires au diagnostic et au suivi virologique, notamment les plateformes de détection de l'ARN-VHC. Cette centralisation des soins crée une fracture sanitaire entre les zones urbaines et rurales. Dans les districts de santé éloignés, les patients doivent parcourir plusieurs kilomètres, parfois sur des routes impraticables, pour accéder à un centre capable d'assurer un suivi adéquat. Dans plusieurs districts de santé reculés, les patients atteints d'hépatite C doivent parcourir des longues distances parfois plus de 100 kilomètres pour accéder à un diagnostic ou le suivi de leur traitement. Ce déplacement représente non seulement un fardeau économique (coût de transport, hébergement, perte de revenue), mais aussi un obstacle symbolique à la continuité des soins. Les conditions des routes, la rareté des moyens de transport et le manque de structure de santé intermédiaires renforcent cet éloignement, traduisant ce que Pierre Bourdieu (1993)⁷⁸ désigne comme une inégalité spatiale de capital sanitaire : la distance géographique se double ici d'une distance sociale.

Cette centralisation est également révélatrice d'un déséquilibre structurel dans la gouvernance du système de santé camerounais, marqué par la concentration des ressources au sommet de la pyramide sanitaire.

NIVEAUX	STRUCTURES ADMINISTRATIVES	COMPETENCES	STRUCTURES DE SOINS
Central	Services centraux	Direction politique, élaboration des politiques et des stratégies	Hôpitaux généraux
Intermédiaire	Délégations régionales	Appui technique aux districts et programmes	Hôpitaux provinciaux
Périphérique	District de santé/aires de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de districts, centres médicaux d'arrondissement (CMA), centres de santé

⁷⁸ Pierre Bourdieu. La misère du monde. Paris, Editions du Seuil. 1993

Tableau 2 : Classification de la pyramide de santé au Cameroun

Source : Par nos soins

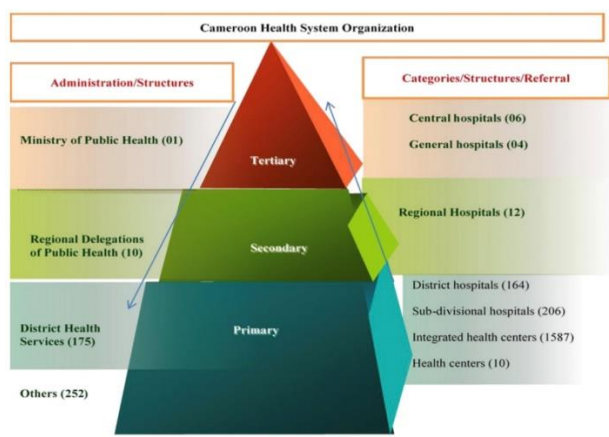


Image 6 : Pyramide de santé au Cameroun

Source : Theokwelians.com

b- Contraintes techniques

Les dispositifs techniques qui sont indispensable à la stratégie « Test and Treat » comme les tests ARN, le personnel de santé se remarquent aux niveaux de leur indisponibilité dans les zones rurales mais disponibles dans les grandes villes. La centralisation des dispositifs techniques dans les grandes villes du Cameroun comme Douala et Yaoundé crée un frein majeur et limite donc l'accès au diagnostic dans les régions desservies.



Image 7 : Test ARN

Source : accubiotech.com

En sociologie, les auteurs comme Madeleine Akrich et Bruno Latour (1992)⁷⁹ dans un de leur article, ont montré que des objets techniques ne sont pas neutres. Le fait donc que les dispositifs techniques présentent une concentration dans les grandes zones urbaines, n'est pas seulement une contrainte, mais aussi une production d'inégalité pour l'accès aux soins.

L'absence d'infrastructure technique dans les régions éloignées ou périphériques comme : un problème de maintenance, le personnel local peu formé et même des ruptures de chaînes logistiques freine un bon déploiement des test ARN qui est essentiel pour une confirmation des infections actives.

c- Contraintes logistiques

Au niveau de la logistique sanitaire, elle repose principalement sur le transport des médicaments, leur stockage, leur distribution et leur supervision. Parfois, la rupture de stock des TROD peuvent être fréquentes surtout dans les zones rurales souvent délaissées. Le manque de transport de ces médicaments peut entraîner une entrave opérationnelle permanente. La logistique sanitaire freine donc continuité des soins et poussent même au découragement des patients à cause de cette rareté et compromet ainsi la fiabilité des données collectés.

Les contraintes territoriales, techniques et logistiques apportent des retards au niveau du diagnostic, des abandons pour le traitement et même une faible couverture territoriale de la stratégie « *Test and Treat* » au Cameroun. Elles créent aussi une « Géographie des inégalités » en matière de santé parce que les malades des grandes villes sont privilégiés par rapports aux malades des zones enclavées.

De plus, ces contraintes ne viennent pas seulement de l'ingénierie sanitaire, mais elles traduisent aussi des rapports de coordination et de pouvoir spatiaux et structurels. Au Cameroun, la mise en œuvre de la stratégie « *Test and Treat* » nécessite une approche territorialisée et participante soutenue par une gouvernance logistique solide.

⁷⁹ Akrich.M & Latour.B (1992). A Summary of a Convenient Vocabulary for the Semiotics of Human and Nonhuman Assemblies. In Wiebe E. Bijker & John Law (Eds.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change* (pp. 259-264). MIT Press.

Types de contraintes	Illustration au Cameroun	Effets sur la stratégie « Test and Treat »
Contraintes territoriales	-Les infrastructures sanitaires sont concentrées dans les grandes villes de Yaoundé et Douala. -Le manque de services spécialisés dans les zones rurales.	-Difficulté d'accès au diagnostic -Retard de traitement
Contraintes techniques	-Rareté des test ARN en dehors des grandes villes. -Panne fréquente	-Retard de confirmation du diagnostic -Discontinuité des soins
Contraintes logistiques	-Approvisionnement irrégulier en AAD -Absence de chaines de froid pour les réactifs	-Rupture de stock -Allongement des délais de mises sous traitement

Tableau 3 : Contraintes pour la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat »

Source : Par nos soins

L'analyse de ces dynamiques sociales et structurelles révèle que les défis rencontrés dans la prise en charge du VHC au Cameroun, dépassent très souvent les contraintes techniques ou financières. Aussi, l'inégale répartition des services de santé, la complexité des structures de coordination et les perceptions sociales du VHC témoignent d'un système de soins encore marqué par des disparités profondes. Ces réalités invitent à repenser à la stratégie Test and Treat non comme un modèle à appliquer mais à la rendre socialement éligible. Ce constat fait justifie donc une nécessité de faire une enquête empirique approfondie, que nous allons présenter dans la parie suivante, pour mieux documenter ces défis sur le terrain et de proposer des pistes d'amélioration fondée sur les réalités locales.

Évaluation des défis organisationnels de la stratégie « *Test & Treat* » de simplification des soins d'hépatite virale C au Cameroun

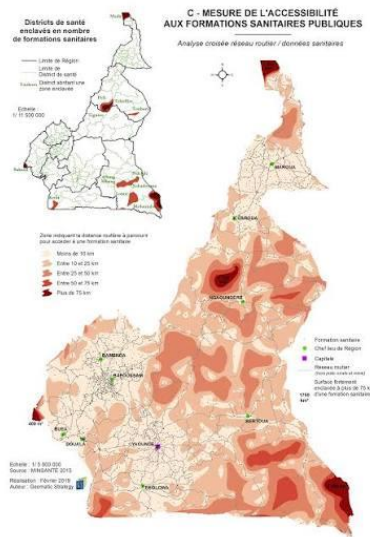


Image 8 : Carte de mesure d'accessibilité aux formations sanitaires publiques au Cameroun

Source : geostrategy.net

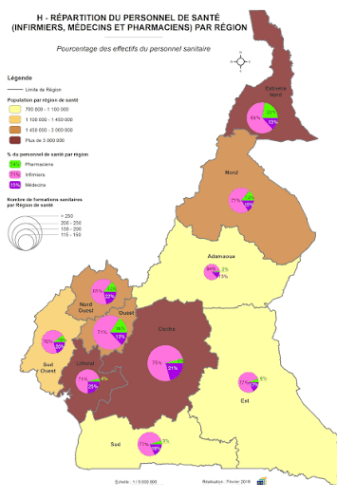


Image 9 : Répartition du personnel de santé par région du Cameroun

Source : geostrategy.net

**DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE ET
PERSPECTIVES D'AMELIORATION DE LA STRATEGIE AU
CAMEROUN**

Cette deuxième partie de notre travail de mémoire en sociologie est consacrée à la dimension empirique de la recherche. Après avoir exploré, dans la première partie, les fondements théoriques et les dynamiques sociales, structurelles et territoriales de la stratégie « Test and Treat » dans le contexte camerounais, il s'agit ici de confronter ces analyses aux réalités observées sur le terrain. L'objectif est de comprendre comment les différents acteurs décideurs, personnels de santé et malades perçoivent, expérimentent et interprètent les défis liés à la mise en œuvre de la stratégie de simplification de soins de l'hépatite virale C.

Cette partie vise également à identifier les dysfonctionnements, les contraintes et les opportunités dans l'organisation et la pratique des soins, afin de proposer des pistes d'amélioration adaptées au contexte local. L'analyse empirique repose sur une approche mixte combinant outils de collecte qualitatifs et quantitatifs, permettant de saisir à la fois la dimension objective des structures sanitaires et la dimension subjective des expériences vécues par les acteurs du système de santé.

Ainsi, cette deuxième partie s'articule autour de deux chapitres :

- **Méthodologie de collecte des données sur les défis de la mise en œuvre de la stratégie au Cameroun**, qui présente le dispositif méthodologique adopté, les techniques de collecte et d'analyse des données, ainsi que les conditions de déroulement de l'enquête.
- **Analyse des résultats et perspectives d'amélioration**, qui interprète les données recueillies à la lumière du cadre théorique et propose des pistes concrètes pour renforcer l'efficacité et l'équité de la prise en charge du VHC au Cameroun.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE ET COLLECTE DES DONNÉES SUR LES DÉFIS DE LA MISE EN ŒUVRE

Dans toute démarche de recherche, l'obligation méthodologique constitue un fondement essentiel pour la validité, la fiabilité et la pertinence des résultats obtenus. Ce troisième chapitre de notre travail, présente une approche méthodologique, qui a pour objectif d'évaluer les défis structurels, territoriaux et sociaux liés à la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » de simplification des soins de l'hépatite virale C au Cameroun.

En tenant compte du caractère complexe de cette recherche, nous avons adopté une démarche méthodologique transversale en combinant des outils qualitatives et quantitatives, ce chapitre détaille successivement le type de recherche, les outils de collecte, les catégories d'acteurs ciblés, les modalités d'échantillonnage et la collecte des données.

I- METHODOLOGIE

Notre travail de recherche de master est axé sur une méthode méticuleuse.

a. Type d'étude

Cette recherche a adopté une recherche descriptive basée sur une étude transversale. C'est une étude de forme d'observation épidémiologique, réalisée dans une population donnée, à un moment déterminé, dans le but de collecter des informations sur les facteurs de risque et de certaines données.

b. Site de l'étude

L'étude a été menée dans plusieurs structures hospitalières dans la région du centre Cameroun, notamment dans les zones urbaines et rurales.

c. Durée / période d'étude

L'étude sera conduite sur une période de 7 mois, incluant le temps nécessaire pour la collecte des données, l'analyse des résultats et la rédaction du rapport final. Cette période s'étendra de novembre 2024 à mai 2025.

d. Population d'étude

1. Population cible

La population cible comprendra les professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » ainsi que les patients atteints de l'hépatite C recevant des soins dans les structures hospitalières sélectionnées.

2. Population source

La population source comprendra les professionnels de santé, les patients dans les hôpitaux de Yaoundé et les décideurs.

Professionnel de santé : Selon *le grand dictionnaire terminologique*, Il désigne entre autres, les personnes qui contribuent à la prévention des maladies, aux soins, aux malades, à l'industrie biomédicale et au fonctionnement des établissements de santé. Comme professionnel de santé nous pouvons citer : les médecins, les infirmiers et les professionnels paramédicaux.

Patient : Vue d'un autre terme, *le dictionnaire Le Robert* c'est quelqu'un qui a de la patience, qui fait preuve de patience. Sur un point de vue médical le même dictionnaire le définit comme une personne qui est l'objet d'un traitement, d'un examen médical et d'une opération chirurgicale.

Selon *le grand dictionnaire terminologique*, c'est une personne qui a recours aux services médicaux ou paramédicaux, qu'il soit malade ou non.

Décideur : Selon *le dictionnaire Larousse*, c'est une personne physique ou morale habilitée par ses fonctions ou sa position à décider, à orienter ou bien à faire prévaloir une décision.

3. Critères d'inclusion Age, langue, consentement,

1. Age : les patients âgés de 18ans seront inclus.
2. Langue : français
3. Consentement : les participants devront fournir un consentement éclairé pour participer à l'étude.

4. Critères d'exclusion

Facteurs confondants : Les participants souffrant d'autres maladies chroniques sévères ou comorbidités graves qui pourraient interférer avec la capacité à participer à l'étude seront exclus.

Refus de consentement : Les individus qui refusent de signer le formulaire de consentement éclairé seront également exclus.

5. Calcul de la taille de l'échantillon de base

- Echantillonnage
Il se fera par la méthode *QUOTAS* pour assurer la représentativité des hôpitaux.
- Echantillon minimum
Un échantillon minimum de 200 participants (incluant à la fois les professionnels de santé et les patients) sera requis pour garantir une puissance statistique suffisante.

e. Outil(s) de collecte

1. Questionnaires standardisés
2. Guides d'entretien semi-directs
3. Observations directes

f. Procédure

1. Considérations éthiques et administratives

APPROBATION ETHIQUE

1. Obtenir une approbation préalable du comité d'éthique de la recherche de l'université (annexe1 : lettre d'approbation éthique)
2. Assurer que le protocole respecte des directives éthiques nationales pour la recherche impliquant des êtres humains.
3. Garantir la confidentialité et l'anonymat des participants tout au long de l'étude.

AUTORISATION ADMINISTRATIVE

1. Obtenir des autorisations nécessaires auprès des autorités sanitaires locales et des responsables des hôpitaux sélectionnés (annexe2 : autorisations administratives).
2. Informer les responsables de chaque site de la nature et des objectifs de l'étude.

CONSENTEMENT ECLAIRE

1. Elaborer un formulaire de consentement éclairé à remettre aux participants (annexe3 : formulaire de consentement éclairé)
2. Expliquer clairement aux participants les objectifs de la recherche, les procédures, les risques, les éventuels et leur droit de se retirer de l'étude à tout moment sans conséquences.
3. Recueillir et conserver les formulaires de consentement signés de chaque participant.

II- COLLECTE DES DONNEES

Cette méthodologie a permis de poser les bases scientifiques du travail empirique en mettant en lumière plusieurs points comme les outils, approches et protocoles utilisés pour l'analyse de notre sujet. Le recours aux questionnaires, aux entretiens semi-directifs et observations directes s'est avéré indispensable pour embrasser la complexité des réalités sanitaire et social du terrain. Au-delà de plusieurs contraintes, la méthode a permis de produire des matériaux empiriques diversifiées et ancrés dans le vécu des patients, des professionnels de santé et des décideurs. Ces données analysées à partir des outils théoriques issus de la sociologie de la santé, des organisations

et de l'action publique serviront de fondement à la prochaine étape de notre mémoire qui est l'analyse des résultats.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS, INTERPRÉTATIONS ET RECOMMANDATIONS

I- RESULTATS

Les résultats de notre recherche ont porté sur 5 parties que sont : la population d'étude ; le profil pathologique ; les connaissances du VHC ; la perception de la stratégie « Test and Treat » et les obstacles au « Test and Treat ».

a- POPULATION D'ETUDE

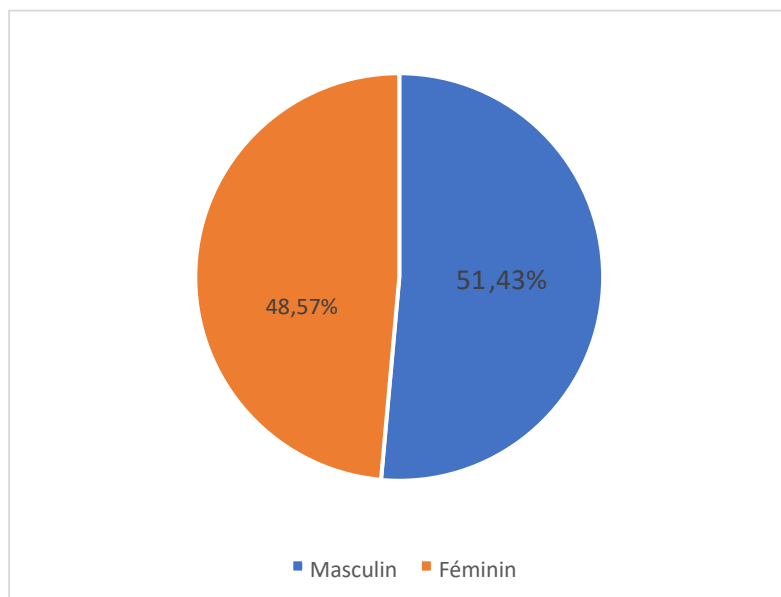
L'évaluation de la stratégie « Test and Treat » s'est faite auprès des malades de l'hépatite virale C dans les hôpitaux tels que le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Yaoundé et l'hôpital central de Yaoundé et auprès du personnel de santé dans les hôpitaux comme le CHU, l'hôpital central de Yaoundé et au centre de district de Soa et auprès des décideurs à la Direction de la maladie, des épidémies et des pandémies et au Ministère de la Santé Publique du Cameroun.

Tableau 4 : Catégorie d'âge Effectif Pourcentage

Moins de 30 ans	4	11.43%
30-39 ans	10	28.57%
40-49 ans	11	31.43%
50 ans et plus	10	28.57%
Total	35	100%

De ce tableau, il ressort que les participants âgés de 40-49 ans sont les plus représentés (31,43%), tandis que les moins de 30 ans sont les moins représentés (11,43%).

1- Modalité sexe



Graphique 1 : Répartition des participants selon le sexe

De ce graphique, il ressort que les hommes sont légèrement majoritaires dans l'échantillon, représentant 51,43 % des participants contre 48,57 % de femmes.

2- Niveau d'études, profession, aire culturelle et religion

Tableau 5 : Répartition des participants selon le niveau d'études, la profession, leur aire culturelle et leur religion

	Effectif	Pourcentage
Niveau d'étude		
Aucun	2	5.71%
Primaire	9	25.71%
1er cycle	6	17.14%
2nd cycle	6	17.14%
Supérieur	12	34.29%

Profession		
Fonctionnaire	5	14.29%
Secteur privé	11	31.43%
Commerçant(e)	11	31.43%
Sans	8	22.86%
Aire culturelle		
Côte	6	17.14%
Forêt	10	28.57%
Grassfield	8	22.86%
Sahel	6	17.14%
Savane	5	14.29%
Religion		
Animiste	5	14.29%
Chrétien	23	65.71%
Musulman	6	17.14%
Autre	1	2.86%

De ce tableau, il ressort que pour le niveau d'études, plus du tiers des participants (34,29 %) ont un niveau d'étude supérieur. À l'opposé, seule une faible proportion (5,71 %) n'a aucun niveau d'étude formel. Concernant les professions, celles du secteur privé et les commerçants sont les plus représentées, avec 31,43 % chacune. Près d'un quart des participants (22,86 %) n'ont pas de profession déclarée. Pour ce qui est des aires culturelles, l'aire culturelle de la Forêt est la plus représentée (28,57 %), suivie de celle du Grassfield (22,86 %) ; les autres aires ont des représentations comprises entre 14 % et 18 %. Tandis que pour ce qui est de la religion, il ressort

que la grande majorité des participants sont de religion chrétienne (65,71 %). Les religions animiste et musulmane représentent respectivement 14,29 % et 17,14 % de l'effectif.

3- Pouvoir d'achat et localité de résidence

Tableau 6 : Répartition des participants selon le pouvoir d'achat et leur milieu de résidences

Pouvoir d'achat	Effectif	Pourcentage
Entre 0 et 50 000 FCFA	18	51.43%
Entre 50 000 et 100 000 FCFA	9	25.71%
Plus de 100 000 FCFA	8	22.86%
Localité		
Zone urbaine	22	62.86%
Zone rurale	13	37.14%
Total	35	100%

Pour ce qui est du pouvoir d'achat, il ressort que plus de la moitié des participants (51,43 %) déclarent un pouvoir d'achat se situant dans la tranche la plus basse (0 - 50 000 FCFA), ceux ayant déclaré un pouvoir d'achat entre 50 000 et 100 000Fcfa représentent 25.75% et le reste (22.86%) ont déclaré percevoir plus de 100 000Fcfa. Par ailleurs, la majorité des participants (62,86 %) résident en zone urbaine, contre un peu plus d'un tiers (37,14 %) en zone rurale.

II. PROFIL PATHOLOGIQUE

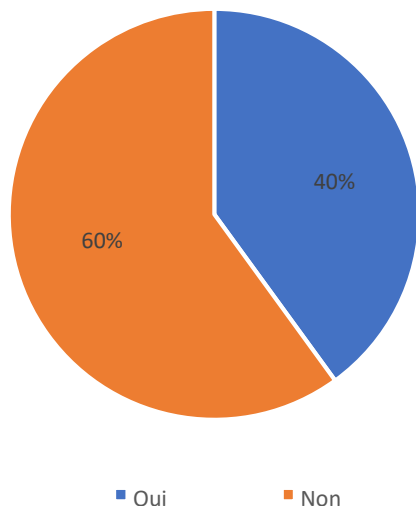
1- Ancienneté du diagnostic de VHC, Lieu de confirmation du diagnostic (ARN), Accès au traitement après diagnostic, Connaissance d'autres personnes atteintes de VHC

Tableau 7 : répartition des proportions des participants selon l'Ancienneté du diagnostic de VHC, le Lieu de confirmation du diagnostic (ARN), l'Accès au traitement après diagnostic Connaissance d'autres personnes atteintes de VHC.

	Effectif	Pourcentage
Ancienneté		
< 1 an	15	42.86%
1 an	10	28.57%
> 1 an	10	28.57%
Lieu		
Hôpital	35	100%
Traitement		
Oui	21	60%
Non	14	40%
Connaissance		
Oui	15	42.86%
Non	20	57.14%

De ce tableau, il ressort que : concernant l'ancienneté du diagnostic, la plus grande proportion de participants (42,86 %) a été diagnostiquée depuis moins d'un an. Les proportions de patients diagnostiqués depuis un an et depuis plus d'un an sont égales (28,57 % chacune). Tandis que pour le lieu de confirmation du diagnostic, la totalité des participants (100 %) ont effectué leur test de confirmation (ARN) dans un hôpital. Pour ce qui est de l'accès au traitement après diagnostic, 60 % des participants ont reçu un traitement suite à leur diagnostic, tandis qu'une proportion non négligeable de 40 % n'en a pas bénéficié. et pour finir, seulement une minorité de participants (42,86 %) connaît d'autres personnes atteintes du VHC dans son entourage contre une majorité de 57.14% qui a déclaré ne pas connaître d'autres personnes atteintes de VHC.

2- Antécédents de maladies chroniques



Graphique2 : Proportion des antécédents de maladies chroniques

Près de 40 % des participants déclarent avoir des antécédents de maladies chroniques contre 60% qui ont déclaré ne pas en avoir.

III. CONNAISSANCE DU VHC

- 1- Connaissance des modes de transmission du VHC, des Voies de transmission connues du VHC, de Connaissance de l'existence d'un traitement, d'Antécédent de sensibilisation sur le VHC et de connaissance de la gratuité du traitement

Tableau 8 : répartition des proportions de Connaissance des modes de transmission du VHC, des Voies de transmission connues du VHC, de Connaissance de l'existence d'un traitement, d'Antécédent de sensibilisation sur le VHC et de connaissance de la gratuité du traitement

	<u>Effectif</u>	<u>Pourcentage</u>
Connaissance du mode de transmission		
Oui	23	65.71%
Non	12	34.29%
Voie de transmission connues		
Je ne sais pas	11	31.43%
Contact avec personne infectée	22	62.86%
Voie sexuelle	2	5.71%
Connaissance de l'existence d'un traitement		
Oui	31	88.57%
Non	4	11.43%
Antécédent de Sensibilisation		
Oui	7	20.00%
Non	28	80.00%

Connaissance de la gratuité du traitement		
Oui	1	2.86%
Non	24	68.57%
Je ne sais pas	10	28.57%

Concernant la connaissance des modes de transmission, 65,71% des participants déclarent savoir comment la maladie se transmet, tandis que 34,29% affirment ne pas le savoir. Pour ce qui est de la connaissance de l'existence d'un traitement, le tableau révèle que la majorité des participants (62,86 %) identifient le contact avec une personne infectée comme mode de transmission, tandis qu'une faible proportion (5,71 %) mentionne la voie sexuelle. En ce qui concerne la connaissance des traitements, une large majorité de 88,57% sait qu'il existe un traitement contre l'hépatite C, contre 11,43% qui l'ignorent. Le niveau de sensibilisation préalable apparaît particulièrement faible, avec 80% des participants n'ayant jamais bénéficié d'une sensibilisation sur l'hépatite C, contre seulement 20% qui en ont déjà reçu une. Cependant, la connaissance de la gratuité du traitement est extrêmement limitée : seulement 2,86% des participants en sont informés, tandis que 68,57% pensent que le traitement n'est pas gratuit et 28,57% déclarent ne pas savoir.

2- Confusion entre VHC, VHB et VIH, Perception de la rareté de l'hépatite C et Source d'information sur le VHC

Tableau 9 : proportions de Confusion entre VHC, VHB et VIH, de la Perception de la rareté de l'hépatite C et des Source d'informations sur le VHC

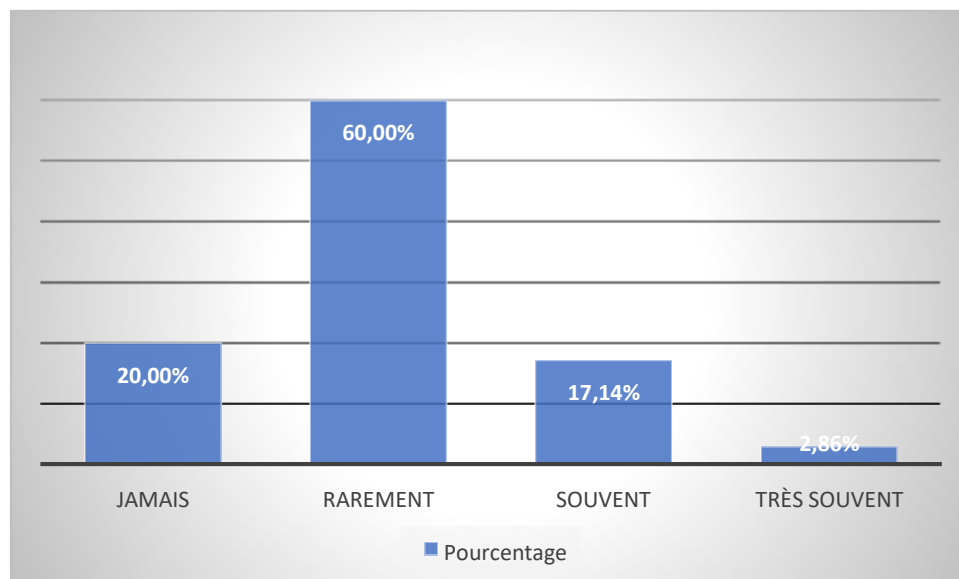
Confusion entre VHC, VHB et VIH	Effectif	Pourcentage
Oui	16	45.71%
Non	19	54.29%

Perception de la rareté de l'hépatite C		
Oui	8	22.86%
Non	14	40.00%
Je ne sais pas	13	37.14%
Source d'information sur le VHC		
Personnel de santé	19	54.29%
Médias	9	25.71%
Amis ou famille	7	20.00%

De ce tableau, il ressort que pour ce qui est de la confusion entre VHC VHB ET VIH, près de la moitié des participants (45,71 %) confondent le VHC avec le VHB ou le VIH contre 54.74% qui ont déclaré ne pas les confondre. Tandis que pour la Perception de la rareté de l'hépatite C, seulement 40 % des participants pensent que l'hépatite C n'est pas une maladie rare, 22.86% pensent qu'elle en est une et un peu plus du tiers des participants (37.14%) disent ne pas savoir. Concernant les Source d'information sur le VHC, plus de la moitié des participants (54,29 %) ont entendu parler du VHC pour la première fois par le personnel de santé, un peu plus du quart du quart (25.71%) via des médias et 20% par des amis ou la famille.

3- Fréquence d'information sur le VHC

La majorité des participants (60 %) ont rarement entendu parler du VHC, 20% n'en ont jamais entendu parler, 17.14% déclarent en entendent souvent parler contre 2.86% très souvent.



Graphique 3 : Fréquence d'information sur le VHC

IV. PERCEPTION DU « TEST AND TREAT »

Tableau 10 : Connaissance de la stratégie "Test and Treat"

	Effectif	Pourcentage
Connaissance de la stratégie "Test and Treat" Oui	1	2.86%
Non	34	97.14%
Accord avec le dépistage et traitement immédiat Oui	32	91.43%
Non	3	8.57%
Disponibilité à recevoir un traitement gratuit Oui	31	88.57%
Non	4	11.43%
Crainte du test public Oui	15	42.86%

Non	20	57.14%
Perception de l'efficacité des traitements gratuits Oui		
	29	82.86%
Non	6	17.14%
Confiance dans le personnel de santé Oui		
	32	91.43%
Non	3	8.57%
Opinion sur la disponibilité des traitements dans tous les hôpitaux Oui		
	35	100%
Avis sur la qualité de la stratégie "Test and Treat" Oui		
	30	85.71%
Non	5	14.29%

Pour ce qui est de la **connaissance de la stratégie « Test and Treat »**, on observe que la quasi-totalité des participants (97,14 %) n'en avaient jamais entendu parler, tandis qu'une part infime (2,86 %) déclarait la connaître. Concernant **l'accord avec le dépistage et traitement immédiat**, une très large majorité des répondants (91,43 %) se dit favorable à cette approche, contre 8,57 % qui expriment un désaccord. Au sujet de **la disponibilité à recevoir un traitement gratuit après un test positif**, on constate que la plupart des personnes (88,57 %) se disent prêtes à accepter le traitement dans ces conditions, alors qu'une minorité (11,43 %) y est réticente. En ce qui concerne **la crainte de faire un test public**, une part non négligeable de participants (42,86 %) avoue redouter cette exposition, tandis qu'une majorité (57,14 %) ne partage pas cette appréhension. Au niveau de **la perception de l'efficacité des traitements gratuits**, une grande majorité (82,86 %) estime que ces traitements sont efficaces, contre 17,14 % qui en doutent. Pour ce qui est de **la confiance dans le personnel de santé**, une écrasante majorité (91,43 %) fait confiance au personnel soignant pour les accompagner, contrairement à 8,57 % qui se montrent méfiants. Concernant **l'opinion sur la disponibilité des traitements dans toutes les structures de santé**, la totalité des participants (100 %) estiment que ces traitements devraient être accessibles

partout. Et enfin quant aux avis **sur la qualité de la stratégie "Test and Treat"** 85.71% des participants pensent qu'elle est de bonne qualité contre 14.29% qui pensent le contraire.

V. OBSTACLES DU « TEST AND TREAT »

1- Existence d'un centre de dépistage, Impact du coût du transport sur le dépistage, Accessibilité géographique des soins

Tableau 11 : répartition des proportions d'existence d'un centre de dépistage, d'Impact du coût du transport sur le dépistage, et d'Accessibilité géographique des soins

	Effectif	Pourcentage
Existence d'un centre de dépistage Oui	22	62.86%
Non	13	37.14%
Impact du coût du transport sur le dépistage Oui	13	37.14%
Non	22	62.86%
Accessibilité géographique des soins Oui	10	28.57%
Non	25	71.43%

Pour ce qui est de l'existence d'un centre de dépistage dans la localité, on observe qu'une majorité de participants (62,86%) confirment la présence d'un tel centre, tandis qu'une proportion non négligeable (37,14%) indique l'absence de centre de dépistage. Concernant l'impact du coût du transport sur le dépistage, on constate qu'une part importante des répondants (37,14%) considèrent

que ce coût constitue un obstacle au dépistage, alors que la majorité (62,86%) ne le perçoivent pas comme une barrière. Au sujet de l'accessibilité géographique des soins, il apparaît que la grande majorité des participants (71,43%) jugent les soins pour le VHC géographiquement inaccessibles, contre seulement 28,57% qui les considèrent accessibles.

2- Existence de Difficultés lors de la prise en charge et Types de difficultés

Tableau 12 : repartitions des proportions de personnes ayant rencontrées des Difficultés lors de la prise en charge et Types de difficultés

Difficultés lors de la prise en charge	Effectif	Pourcentage
Oui	29	82.86%
Non	6	17.14%
Type de difficultés rencontrées		
Coût	18	62.07%
Distance/Transport	13	44.83%
Rupture de stock	3	10.34%
Attente longue	1	3.45%

Pour ce qui est des **difficultés lors de la prise en charge**, on observe qu'une grande majorité des participants (82,86 %) ont rencontré des obstacles, tandis qu'une minorité (17,14 %) n'en ont pas signalé. Tandis que pour les **types de difficultés rencontrées**, le coût est le frein le plus fréquemment cité (62,07 %), suivi de la distance et des problèmes de transport (44,83 %). La rupture de stock des médicaments ou des ressources constitue également une difficulté pour 10,34 % des répondants, et une attente longue est mentionnée par 3,45 % des participants.

3- Qualité de l'accueil dans les structures de santé, Perception de la qualité de l'information communautaire

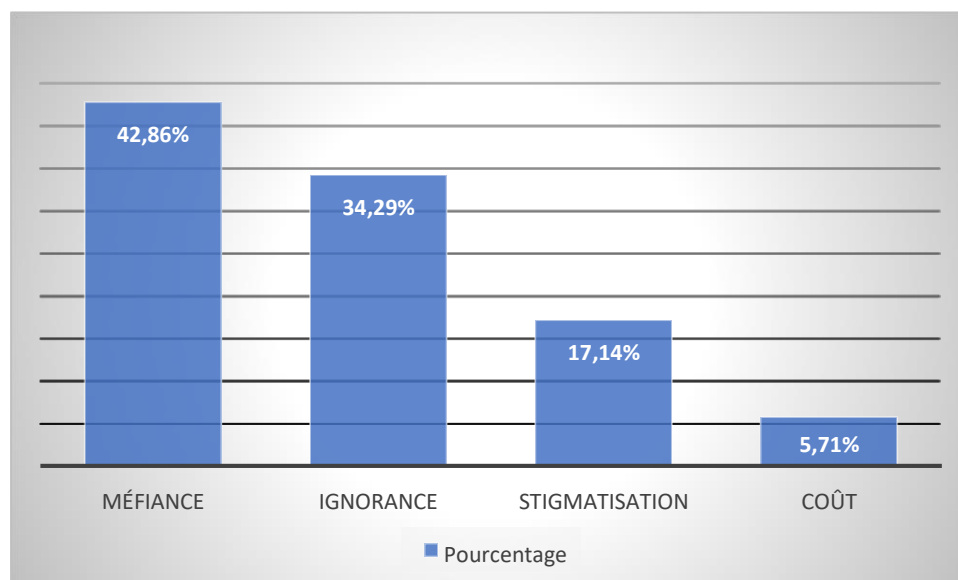
Tableau 13 : répartition sur des proportions Qualité de l'accueil dans les structures de santé et sur Perception de la qualité de l'information communautaire

	Effectif	Pourcentage
Qualité de l'accueil dans les structures de santé Oui	33	94.29%
Non	2	5.71%
Perception de la qualité de l'information communautaire Oui	3	8.57%
Non	32	91.43%

Pour ce qui est de la **qualité de l'accueil dans les structures de santé**, on observe qu'une très large majorité des participants (94,29 %) s'estiment bien accueillis, tandis qu'une faible proportion (5,71 %) exprime un mécontentement à cet égard. Concernant la **perception de la qualité de l'information communautaire**, une écrasante majorité des répondants (91,43 %) considèrent que la communauté n'est pas bien informée sur la stratégie « Test and Treat », alors qu'une part minime (8,57 %) estime le contraire.

4- Principales difficultés d'application du "Test and Treat"

Comme **principales difficultés d'application du "Test and Treat"**, la méfiance constitue l'obstacle le plus fréquemment cité, étant mentionnée par 42,86 % des participants. L'ignorance arrive en seconde position, représentant 34,29 % des réponses, suivie de la stigmatisation, évoquée par 17,14 % des personnes interrogées. Enfin, le coût est perçu comme une difficulté mineure, n'étant cité que par 5,71 % des répondants.



Graphique 4 : Représentation Principales difficultés d'application du "Test and Treat "

DISCUSSION ET SYNTHESE DES RESULTATS OBTENUES

Identification les principaux défis organisationnels

L'étude a permis d'identifier plusieurs défis organisationnels majeurs entravant la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat ». Le défi le plus significatif réside dans **l'accessibilité géographique et financière** des services. En effet, une majorité des participants (71,43 %) jugent les soins géographiquement inaccessibles, et bien que 62,86 % déclarent l'existence d'un centre de dépistage dans leur localité, plus d'un tiers (37,14 %) cite le coût du transport comme un obstacle au dépistage. Par ailleurs, le processus de prise en charge est semé d'embûches pour la grande majorité des patients (82,86 %), avec en tête des difficultés le **coût des soins** (62,07 %) et les problèmes de **distance/transport** (44,83 %). Des lacunes logistiques, telles que les **ruptures de stock** (10,34 %), viennent également grever la continuité des soins. Un défi informationnel critique a été mis en lumière : une écrasante majorité des participants (97,14 %) n'avaient jamais entendu parler de la stratégie « Test and Treat », et 91,43 % estiment que la communauté est mal informée. Enfin, le contexte socio-culturel présente des barrières non négligeables, **la méfiance** (42,86 %) et **l'ignorance** (34,29 %) étant perçues comme les principaux freins à l'application de la stratégie, devant la stigmatisation (17,14 %).

Évaluation de l'impact des défis recensés sur l'accès au dépistage et au traitement

L'impact cumulé de ces défis organisationnels sur l'accès au dépistage et au traitement est substantiel et se manifeste à plusieurs niveaux. **L'accès au traitement** est directement affecté, comme en témoigne le fait que 40 % des patients diagnostiqués n'ont pas reçu de traitement. Les barrières financières et géographiques semblent créer un goulot d'étranglement entre le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. En amont, l'accès au **dépistage** est également entravé par des facteurs à la fois logistiques et psychosociaux. Si la peur d'un test public (42,86 %) peut dissuader le recours au dépistage, **l'insuffisance criante de sensibilisation** (80 % des participants n'avaient jamais été sensibilisés sur le VHC) et la **méconnaissance de la gratuité du traitement** (seulement 2,86 % des participants en étaient informés) limitent drastiquement la demande de services. Cette situation aboutit à un paradoxe où, malgré une forte adhésion de principe au « Test and Treat » (85,71 %) et une volonté de se faire traiter immédiatement (88,57 %) une fois la stratégie expliquée, les barrières systémiques et le manque d'information empêchent sa matérialisation pour une large partie de la population cible.

II- INTERPRETATIONS

Les résultats obtenus ont été discutés en fonction de l'intérêt de la recherche et des études similaires qui ont été réalisées. Notamment la population d'étude ; le profil pathologique ; les connaissances du VHC ; la perception de la stratégie « Test and Treat » et les obstacles au « Test and Treat ».

Certaines limites ont cependant été rencontrées durant notre étude.

a- Limite de l'étude

Comme dans toute recherche de terrain, cette étude a rencontré un certain nombre de limites d'ordre méthodologique, logistique et contextuel, qui influencent à divers degrés l'interprétation et la généralisation des résultats. Ces limites n'invalident pas les constats effectués, mais elles permettent de situer la portée réelle de l'analyse dans le cadre spécifique du Cameroun.

La principale limite rencontrée concerne la difficulté d'accès aux patients atteints du VHC, en raison de la centralisation des services de diagnostic et de traitement du VHC dans les grandes métropoles de Yaoundé et Douala. Sur les 35 malades interrogés, 77% provenaient des grandes métropoles, ce qui traduit une difficulté d'accès aux patients dans les zones rurales. Les déplacements vers les structures périphériques ont été entravés par le manque de moyens logistiques et la dispersion géographique des malades. Ce déséquilibre territorial limite la représentativité nationale de l'échantillon.

La période choisie a coïncidé avec des contraintes institutionnelles réduisant le temps consacré aux entretiens approfondis et ç la triangulation des sources. Certains rendez-vous avec le personnel de santé et les décideurs ont dû être reportés ou écourtés, affectant la profondeur de l'analyse qualitative.

La population enquêtée présente un déséquilibre de genre, avec 58% d'hommes et 42% de femmes ce qui traduit simplement la faible fréquentation des femmes dans les services de diagnostic et de traitement du VHC. Par ailleurs, la majorité des répondants étaient issus de milieux urbains, souvent plus sensibilisés à la maladie. Cette surreprésentation urbaine pourrait biaiser les résultats en faveur d'une perception plus informés du VHC au détriment des réalités rurales.

Certaines limites tiennent à la nature sensible du sujet de recherche. La stigmatisation associée au VHC a rendu plusieurs patients réticents à discuter de leur statut sérologique. Malgré les garanties d'anonymat et de confidentialité, près de 25% des malades interrogés ont refusé d'aborder des aspects liés à la transmission ou à leur vécu social. Cette réserve affecte la complétude des données qualitatives de plus certains personnels de santé craignant des jugements institutionnels ont exprimé des réponses prudentes, influençant ainsi la richesse des données collectés.

Le Cameroun ne dispose pas vraiment de statistiques actualisées sur la prévalence du VHC, la dernière estimation de l'OMS datant de 2022 (prévalence d'environ 1,3%)⁸⁰ (GAVI, l'hépatite, l'épidémie cachée du Cameroun, 2022). Cette carence documentaire a limité les possibilités de

⁸⁰ A. Nalova. (2022, 3 Octobre). L'hépatite, l'épidémie cachée du Cameroun. Gavi, The Vaccine Alliance sur <https://www.gavi.org/fr>

comparaison et d'actualisation des analyses. Les données disponibles demeurent fragmentaires et concentrées sur les zones pilotes, ce qui complique une évaluation exhaustive du programme.

Ces limites ne sont pas seulement techniques, elles révèlent aussi des contraintes structurelles et sociales inscrites dans le système de santé camerounais. En référence à Crozier et Friedberg (1977) dans *L'acteur et le système*⁸¹, la recherche illustre comment les acteurs que sont ; les patients, soignants et décideurs, évoluent dans un système organisationnel rigide où les marges de manœuvre sont réduites par la centralisation, la bureaucratie et la dépendance hiérarchique. De même, la théorie de l'**habitus** de Pierre Bourdieu (1979)⁸² permet de comprendre que les réticences observées chez les malades et certains personnels e santé relèvent de dispositions sociales construites sur la peur du stigmat, la méfiance institutionnelle et le déficit de capital culturel sanitaire.

Ainsi, ces limites doivent être comprises non comme des failles isolées, mais comme l'expression d'un ensemble de déterminants sociologiques qui conditionnent la production et la circulation de la connaissance en santé publique au Cameroun.

b- Profil sociodémographique et pathologique

L'analyse du profil sociodémographique et pathologique des 35 malades atteints d'hépatite virale C interrogés dans le cadre de notre étude permet de dégager plusieurs tendances révélatrices des inégalités sociales de santé et des dynamiques structurelles de prise en charge au Cameroun.

Les résultats montrent une légère prédominance masculine (environ 55% contre 45% chez les femmes). Cette surreprésentation des hommes peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, la littérature souligne que les comportements à risque comme : l'usage de drogues injectables, tatouages non sécurisés, transfusions antérieures sont plus fréquents chez les hommes. D'autre part, les normes socioculturelles influencent le recours au dépistage : les femmes, souvent occupées par

⁸¹ Michel Crozier et Erhard Friedberg. *L'acteur et le système* : Les contraintes de l'action collective. Editions du Seuil. 1977

⁸² Pierre Bourdieu. *La Distinction: Critique sociale du jugement*. Paris, Editions de Minuit. 1979

des tâches ménagères et la maternité, accèdent moins facilement aux structures de santé spécialisées.

L'âge moyen des enquêtés est de 44,24 ans, ce qui traduit le poids du VHC parmi les adultes actifs. Cette tranche d'âge reflète à la fois une exposition ancienne au virus et une découverte tardive de la maladie. En effet le dépistage du VHC n'étant pas systématique dans les services de santé, la plupart des patients découvrent leur statut à un stade avancé. Cela confirme les observations de Herzlich (1984)⁸³ selon lesquelles les représentations sociales de la maladie influencent la temporalité du recours au soin car la maladie souvent perçue comme « grave » qu'à partir de la manifestation visible des symptômes.

La majorité des répondants ont un niveau d'instruction secondaire de 58%, suivis de ceux ayant un niveau primaire de 25% et universitaire 17%. Cette distribution met en évidence un lien entre niveau de scolarité et accès à l'information sanitaire. Comme l'affirme Bourdieu « Le capital culturel influence la capacité d'un individu à comprendre, interpréter et valoriser les messages de santé publique ». Ainsi, les patients moins instruits se montrent souvent moins informés sur les modes de transmission du VHC ou sur la disponibilité des traitements.

Sur le plan économique, près de 60% des enquêtés exercent une activité informelle ou précaire (vendeurs, artisans, moto taximen...), tandis que 25% sont sans emploi ou dépendants de leurs proches. Seuls 15% exercent dans le secteur formel. Cette précarité économique conditionne directement la possibilité d'accéder aux soins, malgré la gratuité partielle des traitements dans certaines formations sanitaires. Les coûts indirects (transport, analyse complémentaires et suivi) demeurent un frein majeur, illustrant ce que David Harvey (2006)⁸⁴ qualifie de « **fracture spatiales et sociales de l'accès aux ressources publiques** ».

Les résultats indiquent une concentration des malades dans les zones urbaines (près de 70% de l'échantillon). Cette surreprésentation urbaine traduit à la fois la localisation des structures capables d'assurer le diagnostic ARN et le suivi thérapeutique, mais aussi la marginalisation des zones rurales.

⁸³ Claude Herzlich. Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. Paris, PUF. 1984

⁸⁴ David Harvey. The spaces of Global Capitalism: Towards a Theory of Uneven Geographical Development. London & New York: Verso Books. 2006

Dans les régions enclavées les malades sont souvent contraints de parcourir de longues distances pour effectuer un dépistage ou un suivi. Cette situation illustre ce que Crozier et Friedberg appellent « la dépendance structurelle des acteurs au système » où la centralisation des moyens techniques et décisionnels limite les initiatives locales et entretient une logique d'exclusion territoriale.

L'analyse des antécédents médicaux révèle que 29% des patients présentent une comorbidité, notamment l'hypertension artérielle (HTA) ou le diabète. Ces associations de pathologies compliquent la prise en charge globale et accentuent la charge financière et psychologique des malades.

De plus, près de 40% des enquêtés déclarent n'avoir pas suivi médical régulier depuis plus de 6 mois, en raison du coût, de la distance ou du manque d'informations. Ce constat rejoint les travaux de Claude Herzlich (1992)⁸⁵ sur la perception différée du risque, selon lesquels les patients adoptent souvent une attitude d'attente ou de résignation face à la maladie, faute d'un accompagnement social adéquat.

La combinaison de ces variables met en lumière une double fracture :

- Une fracture sociale liée aux inégalités économiques, éducatives et culturelles qui conditionnent l'accès aux soins.
- Une fracture territoriale, liée à la centralisation des infrastructures et à l'inégale répartition des ressources médicales.

L'ensemble de ces éléments confirment que la lutte contre le VHC au Cameroun ne peut être comprise uniquement à travers le prisme biomédical. Elle relève également d'un processus social complexe où interagissent les représentations de la maladie, les rapports de pouvoir institutionnels et les inégalités structurelles. Comme le souligne A. Hassenteufel (2008)⁸⁶, toute politique de santé importée ou standardisée à la lumière des réalités locales pour devenir réellement efficace.

⁸⁵ Claude Herzlich. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Editions de l'EHESS. 1992

⁸⁶ André Hassenteufel. Sociologie politique : l'action publique. Paris, Armand Colin. 2008

Ainsi, ce profil sociodémographique et pathologique n'est pas qu'un portrait descriptif ; il révèle la structure sociale sous-jacente à la maladie, les logiques de marginalisation dans l'accès au soin et les marges d'action possibles pour adapter la stratégie « *Test and Treat* » aux spécificités du Cameroun.

c- Connaissance du VHC

L'analyse des données issues du questionnaire révèle que 65,71% des enquêtés affirment connaître les modes de transmission du virus de l'hépatite C ; tandis que 34,29% déclarent ne pas en avoir connaissance. Ce résultat traduit une insuffisance générale de la culture sanitaire relative au VHC parmi les malades et plus largement au sein de la population camerounaise.

Cette situation témoigne d'un manque d'information publique et institutionnelle autour de cette maladie, contrairement à d'autres infections chroniques comme le VIH/SIDA, qui bénéficient depuis des décennies d'une médiatisation soutenue, d'une multitude de campagne de sensibilisation et d'un engagement constant des acteurs communautaires.

Sur le plan sociologique, cette méconnaissance généralisée s'explique par ce que Pierre Bourdieu appelle le **capital culturel** : les individus disposant d'un faible niveau d'instruction ou d'une faible exposition aux institutions médicales tendent à rester en marge du savoir biomédical. Leur « rapport de corps » et à la maladie s'ancre davantage dans des logiques empiriques et communautaires que dans une connaissance scientifique formelle.

De plus, la faiblesse de la communication publique sur l'hépatite C renforce son **invisibilité sociale**, un concept analysé par David Breton (1990)⁸⁷, selon lequel la maladie n'existe réellement dans l'espace social que lorsqu'elle est nommée, racontée et médiatisée. Ici, le silence institutionnel sur le VHC empêche sa reconnaissance comme problème de santé publique.

En d'autres termes, cette situation souligne que l'accès à la connaissance sanitaire est lui-même un indicateur d'inégalité sociale, car il dépend des ressources économiques, éducatives et symboliques des individus. La compréhension limitée du VHC frein ainsi l'efficacité des politiques

⁸⁷ David Le Breton. Sociologie du corps et de la santé. Paris, PUF. 1990

de prévention et de traitement notamment la stratégie « Test and Treat » qui repose sur un dépistage volontaire et une adhésion éclairée.

Les résultats montrent que 62,86% des participants associent la transmission du VHC au contact avec une personne infectée. 5,71% évoquent la voie sexuelle, tandis que 31,43% reconnaissent ne pas savoir comment se transmet la maladie. Ces chiffres mettent en évidence une confusion manifeste entre les modes de transmission du VHC et ceux d'autres infections virales telles que le VIH ou l'hépatite B (VHB).

En réalité, la transmission du VHC s'effectue principalement par contact sanguin direct, souvent à travers des actes médicaux ou paramédicaux mal sécurisée, ainsi que par des pratiques de tatouage ou de piercing non stérilisé (Santegouv.fr, 2019)⁸⁸. Cependant, la majorité des malades interrogés ne mentionnent pas ces modes de contamination, preuve d'un déficit de vulgarisation médicale.

Sur le plan sociologique, Claude Herzlich (1969) dans *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*⁸⁹, souligne que les représentations populaires de la maladie reposent souvent sur une opposition entre « maladie du dehors » (importée ou étrangère) et « maladie du dedans » (naturelle ou acceptée). Le VHC est perçu comme une infection importée ou mystérieuse, échappant à la compréhension ordinaire, ce qui explique la faible appropriation du discours médical.

Aussi, selon David Le Breton (1990)⁹⁰, la maladie est une **construction culturelle** : sa compréhension varie selon les récits collectifs et les expériences vécues. Au Cameroun, les croyances liées au sang perçu comme siège de la pureté influencent la perception du VHC. Une maladie transmise « par le sang » peut être vue comme une souillure morale plus que biologique, d'où la peur d'en parler ou de se faire dépister.

Ainsi, la méconnaissance des modes de transmission du VHC ne relève pas seulement d'un déficit d'éducation sanitaire, mais aussi d'un système symbolique enraciné dans la culture

⁸⁸ Sant.gouv.fr. (2025, 28 août). L'hépatite C sur <https://sante.gouv.fr>

⁸⁹ Claude Herzlich. Santé et maladies: analyse d'une représentation sociale. Paris, Editions de l'EHESS. 1969

⁹⁰ David Le Breton. Sociologie du corps et de la santé. Paris, PUF. 1990

populaire où la santé et la maladie s'interprètent à travers des valeurs sociales, morales et religieuses.

Concernant les canaux d'information, 54,29% des malades déclarent avoir entendu parler du VHC par le personnel de santé, 25,71% par les médias et 20% par leurs amis ou leur entourage. Ces résultats montrent que le corps médical reste la principale source d'information, mais que la communication publique reste encore insuffisante.

Cette prépondérance du personnel médical révèle la centralisation du savoir sanitaire dans l'institution médicale, mais aussi la faiblesse des campagnes de communication communautaire et médiatique. Le manque de relais sociaux contribue à maintenir le VHC dans une relative invisibilité.

En somme, la connaissance du VHC parmi les patients camerounais reste incomplète et socialement inégalitaire, les sources d'information demeurent concentrées dans le secteur médical, avec peu d'implication communautaire. Ce constat plaide pour une stratégie de communication sanitaire participative, continue et culturellement adaptée, indispensable pour renforcer l'adhésion à la politique « Test and Treat » et lutter contre la stigmatisation du VHC.

d- Perception de la stratégie

Les résultats montrent que près de 72% des participants n'avaient jamais entendu parler du Test and Treat avant l'enquête. Cette faible sensibilisation traduit une carence structurelle de communication des programmes de santé publique. Selon Claude Herzlich (1969)⁹¹, les individus construisent leurs « **représentations profanes** » de la santé à partir de leur expérience quotidienne et non du discours médical : ici, l'absence d'information officielle a laissé place à des représentations floues et parfois erronées.

La majorité des participants dont 88% se déclare favorable à l'idée d'un dépistage suivi d'un traitement immédiat. Beaucoup y voient un gain de temps et une opportunité d'éviter les

⁹¹ Claude Herzlich. Santé et maladies: analyse d'une représentation sociale. Paris, Editions de l'EHESS. 1969

complications : « mieux vaut savoir par tôt par le gratuit, que tard par le payant » a répété au moins participants.

Cette attitude rejoint la théorie de la **rationalité limitée** d'Herbert Simon (1955)⁹² : les individus fondent leurs décisions sur les informations disponibles et non sur une connaissance complète du dispositif. L'adhésion repose donc davantage sur la logique d'espoir et de confiance interpersonnelle que sur la compréhension scientifique du programme.

Par contre, 32% des répondants ont exprimé une crainte liée à la confidentialité du dépistage. La peur d'être vu ou jugé limite souvent la participation aux dépistages communautaires. Selon Erving Goffman (1963)⁹³, cette réaction illustre le processus de stigmat social : le malade intériorise la peur d'être étiqueté comme « porteur » d'une maladie honteuse, ce qui frein l'adhésion volontaire aux initiatives collectives.

Malgré ces réserves, 87% des patients affirment avoir une grande confiance envers le personnel de santé, particulièrement en milieu urbain. Cette confiance constitue le principal vecteur d'acceptabilité du Test and Treat.

D'après Eliot Freidson (1970)⁹⁴, la relation patient-soignant est un rapport social asymétrique fondé sur la compétence reconnue du professionnel : c'est elle qui structure la légitimité du soin. Dans cette étude la confiance personnelle remplace souvent la confiance institutionnelle.

Une ambiguïté entoure la gratuité du traitement : 26% des répondants doutent de la qualité des médicaments gratuits, certains les assimilant à des « produits d'essai », cette méfiance traduit une inégalité symbolique dans la perception du soin.

La perception du « Test and Treat » au Cameroun est globalement positive, mais superficielle. L'adhésion repose davantage sur la confiance envers les soignants que sur une réelle appropriation du dispositif. Les faiblesses de communication publique ; la centralisation des tests et la persistance du stigmat social limitent encore la compréhension et la participation.

⁹² Herbert Simon. A Behavioral Model of rational Choice. 1955

⁹³ Erving Goffman. Stigmat : les usages sociaux du handicap. Editions de Minuit. 1963

⁹⁴ Eliot Freidson. Profession of medicine. Harper & Row Publishers. 1970

e- Obstacles au « Test and Treat »

Dans notre enquête, 62,86% des participants déclarent l'existence d'un centre dépistage ou de prises en charge de l'hépatite virale C (VHC) dans leur localité. En revanche 37,14% indiquent l'absence de toute structure locale appropriée. Ce constat révèle un problème de couverture territoriale : une part significative des malades réside dans des zones où l'infrastructure de dépistage est absente ou éloignée. Sur le plan sociologique, cela reflète la concentration des infrastructures sanitaires dans les zones urbaines et la marginalisation relative des zones rurales, un phénomène que peuvent analyser les travaux de Pierre Bourdieu sur l'espace social et la distribution inégale des capitaux symboliques.

Un pourcentage élevé, 71,43% des répondants, estime que les soins liés au VHC sont géographiquement inaccessibles. Les raisons évoquées comprennent l'éloignement des centres, l'état dégradé des routes et la faible décentralisation du système de santé/

Sociologiquement, ceci met en lumière la relation entre distance physique, coût temporel et exclusion sanitaire en résonance avec les analyses de **David Harvey** sur l'espace comme dimension de la justice.

Enfin, 37,14% des patients considèrent le transport comme un facteur de barrière significative pour le dépistage. Cela établit un lien direct entre inégalités sociales et inégalités spatiales ; la distance et le coût sont des déterminants d'exclusion non seulement matérielle mais aussi sociale.

Dans cette étude, 82,86% des participants ont rencontré des difficultés au cours de leur prise en charge pour le VHC. Parmi ces obstacles : le coût des soins est mentionné par 62,07%, la distance ou le transport par 44,83%, les ruptures de stock de médicaments ou tests par 10,34% et l'attente longue par 3,45%. Ces données traduisent des défaillances dans la gestion logistique, la planification des ressources et les lenteurs administratives. Sur le plan sociologique, cette situation correspond aux analyses de Michel Crozier et Erhard Friedberg sur l'inertie des organisations et le rôle des acteurs prisonniers des structures rigides.

La mention des ruptures de stock témoigne d'un défaut de planification, de coordination et de suivi des chaînes d'approvisionnement au niveau national et régional.

Un pourcentage très élevé, 97,14% déclare n'avoir jamais entendu parler de stratégie « test and Treat ». Cela montre un manque de communication institutionnelle efficace et un défaut d'ancrage stratégique dans les politiques de santé.

La méfiance est citée comme l'un des obstacles majeurs par 42,86% des participants. Elle traduit un déficit de confiance lié aussi bien à la stigmatisation qu'à la confidentialité du statut sérologique ou la qualité de l'accueil.

34,29% des malades déclarent l'ignorance (faible niveau de connaissance du VHC ou de ses traitements) comme un frein notable. Ceci retarde le dépistage, réduit l'adhésion au traitement et entre en résonance avec la notion de « **capital culturel de santé** ».

Le pourcentage de 17,14% des participants qui considèrent la stigmatisation comme frein montre que l'hépatite C est encore perçue comme une maladie honteuse parfois assimilée au VIH ? Dans une perspective d'analyse sociologique, cela renvoie à l'œuvre de Erving Goffman sur la **gestion des identités attachées** : *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*⁹⁵.

Enfin 5,71% évoquent explicitement le coût social ou symbolique (isolement, peur de divulgation) comme frein. Cet aspect souligne que l'accès aux soins ne dépend pas seulement de facteurs matériels mais aussi des logiques symboliques et relationnelles.

Les résultats mettent en lumière la cohabitation des trois types d'obstacles :

- Les obstacles territoriaux limitent l'accès géographique et l'offre de services.
- Les obstacles structurels fragilisent la continuité et la qualité de la prise en charge.
- Les obstacles sociaux freinent la demande, l'acceptation et la confiance dans le système.

Ces dimensions ne s'additionnent pas simplement mais elles se renforcent mutuellement. Par exemple, un résident en zone rurale souffre d'une longue attente et d'un coût élevé et peut craindre d'être stigmatisé. Le tout traduit un système de santé inégalitaire et peu

⁹⁵ Erving Goffman. *Stigmates : les usages sociaux du handicap*. Editions de Minuit. 1963

inclusif, soulignant la nécessité d'une approche intégrée, territoriale et sociale des politiques de lutte contre le VHC.

La situation étudiée au Cameroun rejoint certaines conclusions d'études menées en Afrique :

- **Au Rwanda** : la décentralisation et l'intégration des soins ont permis de réduire la prévalence du VHC de 4% à moins de 1% après un dépistage massif. (OMS,2023)⁹⁶
- **Au Botswana** : l'étude de la stratégie « Test and Treat » montre que la couverture routière reste un frein en zones rurales. (OMS,2024)⁹⁷
- **En Egypte** : bien que le traitement soit largement disponible, la méfiance sociale et la stigmatisation persistent comme obstacles à l'adhésion. (Collège de France, 2019)⁹⁸

Ces exemples invitent à deux axes de renforcement pour le contexte camerounais qu'est la décentralisation fonctionnelle et la communication communautaire.

La suite de ce mémoire abordera précisément les recommandations opérationnelles pour lever ces obstacles et préparer une stratégie contextualisée d'amélioration.

III- RECOMMANDATIONS

Recommandations pour améliorer l'application et l'efficacité de la stratégie « Test and Treat » au Cameroun

1. Renforcement des capacités opérationnelles et de l'accessibilité des services

- **Décentraliser le dépistage et le traitement** en intégrant ces services dans les centres de santé de premier échelon et en mettant en place des unités mobiles de dépistage pour desservir les zones rurales et périurbaines.

⁹⁶ Organisation Mondiale de la Santé. Eliminer l'hépatite. Aout 2023 sur <https://www.afro.who.int>

⁹⁷ Organisation Mondiale de la Santé. Faire de la sécurité routière une priorité au Botswana. Décembre 2024 sur <https://www.afro.who.int>

⁹⁸ Armand Fontanet. (2019, mars). Hépatite C en Egypte : l'élimination, à quel prix ?. Collège de France sur <https://www.college-de-france.fr/fr/agenda/cours/les-pandemies/hepatite-en-egypte-elimination-quel-prix>

- **Établir un système d'aide au transport** pour les patients les plus vulnérables, sous forme de subventions ou de partenariats avec des transporteurs locaux, afin de réduire la barrière financière liée au déplacement.
- **Garantir l'approvisionnement continu en intrants** (kits de dépistage, médicaments) grâce à une gestion pré visionnaire renforcée et à des commandes groupées pour éviter les ruptures de stock.

2. Campagnes d'information, de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation

- **Lancer des campagnes de communication massives et adaptées** utilisant les langues locales et des canaux diversifiés (radio, réseaux sociaux, leaders communautaires) pour faire connaître la stratégie « Test and Treat », ses avantages et la gratuité du traitement.
- **Impliquer les pairs éducateurs et les personnes guéries** dans la sensibilisation pour renforcer la crédibilité des messages et briser les tabous.
- **Former le personnel de santé à l'accueil et à la communication** pour réduire la méfiance des patients et instaurer un climat de confiance, notamment en assurant la confidentialité et en luttant contre la stigmatisation au sein des structures de santé.

3. Amélioration du système de suivi-évaluation et de la coordination

- **Mettre en place un système de suivi des patients** depuis le dépistage jusqu'à l'issue du traitement, afin d'identifier rapidement les perdus de vue et de comprendre les points de blocage.
- **Renforcer la coordination entre les acteurs** (ministère de la Santé, partenaires techniques et financiers, organisations communautaires) pour une mise en œuvre harmonieuse et une optimisation des ressources.
- **Capitaliser sur la confiance élevée dans le personnel de santé** en renforçant leur rôle central dans l'orientation, l'accompagnement et l'observance du traitement.

4. Plaidoyer pour un financement durable et une intégration dans les politiques de santé

- **Sensibiliser les décideurs publics** sur l'importance de pérenniser le financement de la gratuité du traitement et d'inclure le dépistage dans le panier de soins essentiels.
- **Explorer des mécanismes de financement innovants** afin de compléter les financements publics et assurer la soutenabilité de la stratégie.

5. Recherche opérationnelle et approches adaptées

- **Conduire des études qualitatives complémentaires** pour approfondir la compréhension des causes de la méfiance et de l'ignorance, et concevoir des interventions ciblées.
- **Expérimenter des modèles de soins différenciés** pour les populations clés (jeunes, personnes en milieu rural) et évaluer leur impact sur l'adhésion à la stratégie.

CONCLUSION GENERALE

Le présent travail de recherche porte sur l'évaluation des défis territoriaux, structurels et sociaux liés à la prise en charge de l'hépatite virale C (C) au Cameroun dans une perspective de simplification des soins. L'objectif général de cette étude était d'analyser les obstacles qui entravent l'accès, la continuité et l'efficacité de la prise en charge du VHC. L'intérêt de cette recherche réside dans sa contribution à une meilleure compréhension des réalités du terrain, dans un contexte marqué par la faible visibilité de cette pathologie, afin d'éclairer les politiques publiques et les stratégies d'intervention en matière de santé.

Le problème central de cette recherche repose sur les difficultés persistantes dans la prise en charge du VHC, malgré l'existence de solutions thérapeutiques efficaces. La revue de la littérature met en évidence des avancées importantes en matière de traitement et de stratégies globales d'élimination, laissant supposer une amélioration progressive de la situation. Toutefois, cette vision entre en paradoxe avec les réalités observées sur le terrain, où subsistent des inégalités d'accès aux soins, une insuffisance d'information et des contraintes organisationnelles et territoriales. Les données empiriques recueillies confirment ce décalage entre les discours institutionnels et les expériences vécues par les patients.

La problématique de cette recherche s'articule autour de l'idée selon laquelle la prise en charge de l'hépatite virale C est confrontée à des obstacles multidimensionnels qui limitent son efficacité. La question principale de recherche était de comprendre dans quelle mesure les défis territoriaux, structurels et sociaux influencent la prise en charge du VHC. Les questions secondaires ont permis d'explorer spécifiquement les difficultés liées à l'accessibilité géographique, à l'organisation des services de santé et aux représentations sociales de la maladie. L'hypothèse principale postulait que ces différents défis constituent des freins majeurs à l'optimisation de la prise en charge, tandis que les hypothèses secondaires ont permis d'analyser chacune de ces dimensions de manière détaillée.

La collecte des données s'est appuyée sur une approche méthodologique mixte. Les données quantitatives ont été recueillies à travers un questionnaire administré aux patients atteints de l'hépatite virale C, permettant d'obtenir des informations structurées sur leurs caractéristiques et leurs parcours de soins. Parallèlement, des données quantitatives ont été collectées à l'aide de guides d'entretien destinées aux décideurs, afin de saisir en profondeur les logiques organisationnelles et institutionnelles. Le choix de ces outils se justifie par la nécessité de croiser les perspectives et de garantir une compréhension globale du phénomène étudié. L'échantillonnage a été raisonné, en tenant compte de la rareté des cas et complété par des observations de terrain permettant de contextualiser les données.

Les données recueillies ont fait l'objet d'un traitement à la fois statistique et thématique. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives (fréquences, pourcentages), permettant de dégager les grandes tendances. Les données qualitatives ont été soumises à une analyse thématique, visant à identifier les catégories récurrentes et les logiques sous-jacentes aux discours des acteurs ? Cette double approche a permis une triangulation des résultats et une meilleure validité de l'analyse.

Plusieurs cadres théoriques ont été mobilisés pour analyser les résultats. Les travaux sur les inégalités sociales de santé ont permis de comprendre les disparités observées dans l'accès aux soins. L'analyse stratégique des organisations a contribué à décrypter les dysfonctionnements institutionnels et les logiques d'acteurs au sein du système de santé. Enfin, les théories des représentations sociales ont éclairé les perceptions et attitudes des patients face à la maladie. Ces approches théoriques ont ainsi servi de grille de lecture pour interpréter les données empiriques.

Le premier chapitre a permis de poser les bases conceptuelles et théoriques de l'étude, en définissant les notions clés et en présentant les approches mobilisées. Il a également permis de situer la problématique dans un cadre scientifique et analytique.

Le deuxième chapitre a été consacré à la revue de la littérature, mettant en évidence les connaissances existantes sur l'hépatite virale C, les stratégies de prise en charge et les défis identifiés dans différents contextes. Il a permis de dégager les lacunes et les enjeux spécifiques au contexte camerounais.

Le troisième chapitre a présenté le cadre méthodologique de l'étude, en détaillant les méthodes de collecte et d'analyse des données, ainsi que les choix opérés en matière d'échantillonnage et d'outils de collecte.

Le quatrième chapitre a porté sur la présentation et l'analyse des résultats, en mettant en évidence les principaux défis territoriaux, structurels et sociaux identifiés sur le terrain, ainsi que leurs implications pour la prise en charge de l'hépatite virale C.

En définitive, cette recherche présente un intérêt scientifique et pratique important. Elle contribue à enrichir les connaissances sur une pathologie encore peu étudiée dans le contexte camerounais et met en lumière les obstacles concrets à son élimination. Sur le plan scientifique, elle ouvre des perspectives pour des recherches futures, notamment sur l'évaluation des politiques de santé publique ou sur les stratégies d'intégration de l'hépatite virale C dans les programmes existants. Sur le plan pratique, elle constitue un outil d'aide à la décision pour les acteurs du système de santé. Enfin, cette étude pourrait être prolongée par des recherches comparatives ou longitudinales permettant d'évaluer l'évolution de la prise en charge de l'hépatite virale C dans le temps.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- A. Cabié, F. Bissuel, S. Abel. *Test de dépistage rapides du VIH dans des consultations de dépistage gratuit aux Antilles*. ScienceDirect. Juin 2009 sur <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2009.02.013>
- 2- A. Nalova. (2022, 3 Octobre). L'hépatite, l'épidémie cachée du Cameroun. Gavi, The Vaccine Alliance sur <https://www.gavi.org/fr>
- 3- Abram de Swann. *In care of the State: Health care; Education and welfare in Europe and the USA in the modern Era*. Oxford Univ. 1998
- 4- AFRAPEDIA. (2023, Juillet). Les outils virologues du diagnostic et du suivi de l'infection du VIH sur <https://www.afrapedia.org>
- 5- Afrapedia. Les hépatites virales : situation épidémiologique et transmission. Juillet 2023 sur <https://www.afrapedia.org>
- 6- Afrapedia. Les hépatites virales : situation épidémiologique et transmission. Juillet 2023 sur <https://www.afrapedia.org>
- 7- Aimache. (2012, Septembre). Tout savoir sur le virus de l'hépatite C (VHC). REACTUP sur <https://www.reactup.fr>
- 8- Akrich.M & Latour.B (1992). *A Summary of a Convenient Vocabulary for the Semiotics of Human and Nonhuman Assemblies*. In Wiebe E. Bijker & John Law (Eds.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change* (pp. 259-264). MIT Press.
- 9- Alaa Osman, Amaa Gomaa, Ayat Roushdy et al. (2023, 18 avril). Impact du programme national égyptien de dépistage et de traitement de l'hépatite virale C : un modèle de rentabilité sur <https://cdafound.org/fr/global-reporting-of-progress-towards-elimination-of-hepatitis-b-hepatitis-c>
- 10- André Hassenteufel. *Sociologie politique : l'action publique*. Paris, Armand Colin. 2008
- 11- APIDPM. Lutte contre le Sida : On veut vulgariser le « Test and Treat ». Juillet 2017 sur <https://www.santetropicale.com>
- 12- Armand Fontanet. (2019, mars). Hépatite C en Egypte : l'élimination, à quel prix ?. Collège de France sur <https://www.college-de-france.fr/fr/agenda/cours/les-pandemies/hepatite-en-egypte-elimination-quel-prix>
- 13- Arnaud Fontanet. (2019, 4 Mars). Hépatite C : l'élimination, à quel prix ?. Collège de France sur <https://www.college-de-france.fr>
- 14- Audrey Oroock et Marcelle Epée. Lutte contre les Hépatites Virales La prévention et la vaccination, comme moyens sûrs d'atteindre l'objectif global d'élimination 2030. Juillet 2024 sur <https://www.minsante.cm>
- 15- Bruce G. Link et Jo C. Phelan. Conceptualisation de la stigmatisation revue annuelle de la sociologie. 2001. Pages 363-385
- 16- Bulletin de l'IAEA. (2020, Juin). Les maladies infectieuses sur www.iaea.org/bulletin

- 17- Bulletin épidémiologique hebdomadaire : journée nationale de lutte contre les hépatites virales sur <https://www.santepublique.fr>
- 18- Catherine Dupeyron. (2013, Octobre). Tests de diagnostic rapide en pathologie infectieuse, intérêt en zone tropicale. Devsante.org. <https://devsante.org>
- 19- CATIE. Le traitement de l'hépatite C. 2021 sur <https://www.catie.ca>
- 20- CATIE. Nouveaux tests de dépistage de l'hépatite C
- 21- Centre pasteur. Hépatites virales. Avril 2024 sur <https://www.pasteur.fr>
- 22- Chloé Forette. (2018, 9 Avril). Rwanda : Un modèle communautaire de prise en charge de l'hépatite C dans les contextes à ressources limitées ?. hepcoalition sur <https://www.hepcoalition.org>
- 23- Christina Aschan-Leygonie. (2017, Juin). Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise sur <https://journals.openedition.org/rfst/597>
- 24- CHU de liège. Hépatite C : relevons le défi de son éradication pour 2030. 2020 sur <https://www.chuliege.be>
- 25- Claude Abe. *L'espace public au ras du sol en postcolonie : travail de l'imagination et interpellation du politique au Cameroun*. 2011
- 26- Claude Herzlich. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Edition Payot. 1992
- 27- Claude Herzlich. *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Editions de l'EHESS. 1992
- 28- Claude Herzlich. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris, PUF. 1984
- 29- Claude Herzlich. *Santé et maladies: analyse d'une représentation sociale*. Paris, Editions de l'EHESS. 1969
- 30- Claude Herzlich. *Santé et maladies: analyse d'une représentation sociale*. Paris, Editions de l'EHESS. 1969
- 31- Corinne Rostaing. Stigmate. OpenEditionJournals sur <http://journals.openedition.org/sociologie/2572>
- 32- David Harvey. *Spaces of global capitalism*. 2006
- 33- David Harvey. *The spaces of Global Capitalism: Towards a Theory of Uneven Geographical Development*. London & New York: Verso Books. 2006
- 34- David Le Breton. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF. 1990
- 35- David Le Breton. *Sociologie du corps et de la santé*. Paris, PUF. 1990
- 36- David Le Breton. *Sociologie du corps et de la santé*. Paris, PUF. 1990
- 37- Delaporte E, Dazza M.C, Larouze B. (1995, Octobre). Epidémiologie du virus de l'hépatite C.
- 38- Dr Didier Mennequier. Epidémiologie de l'hépatite C. Mai 2022. Monhépatogastro.net sur <https://monhepatogastro.net>
- 39- Dubar Claude, Fassin Dominique. *Identités, parcours de vie et système de santé*. Paris, La Découverte. 2001
- 40- Eliot Freidson. *Profession of medicine*. Harper & Row Publishers. 1970
- 41- Epicentre/MSF. VIH/SIDA. Aout 2024 sur <https://epicentre.msf.org>
- 42- Erving Goffman. *Stigmate : les usages sociaux du handicap*. Editions de Minuit. 1963

- 43- Erving Goffman. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les Editions de Minuit. 1963
- 44- Erving Goffman. *Stigmates : les usages sociaux du handicap*. Editions de Minuit. 1963
- 45- Florida Health. Tester et traiter. Sur <https://broward.floridahealth.gov>
- 46- Floride Health. Tester et traiter sur <https://broward.floridahealth.gov/programs-and-services/hiv-aids/linkage-and-retention>
- 47- France 24. *L’Egypte en guerre contre l’hépatite C- Reporters*. Juin 2019 sur <https://www.france24.com>
- 48- Françoise Roudot Thovoral. (Mars 2022). *Epidémiologie de l’hépatite C*. Médecines sciences sur https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2002/03/medsci20022002183p315
- 49- Groupe de la banque mondiale. (2013, Septembre). *Un meilleur accès à la santé pour tous les camerounais* sur <https://www.banquemondiale.org>
- 50- Henry Mintzberg. *Structure en cinq : Concevoir des organisations efficaces*. 1983
- 51- Hepatitis B Foundation. Informations générales. 2025 sur <https://www.hepd.org>
- 52- HepCoalition. Traitements. Février 2018 sur <https://www.hepcoalition.org>
- 53- Herbert Simon. *A Behavioral Model of rational Choice*. 1955
- 54- Institut Pasteur. (2024, avril). *Hépatites Virales*. Institut Pasteur sur <https://www.pasteur.fr/centre-medical/fiches-maladies/hepatites-virales>
- 55- Institut pasteur. (2023, Juillet). VIH/SIDA sur <https://www.pasteur.fr>
- 56- Kevin Jean. *Mise à l’épreuve de la stratégie de prévention du VIH « Tester et traiter : l’exemple de la Cote d’Ivoire*. 2018
- 57- L’art de la thèse. Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat un mémoire de DEA, maîtrise ou tout autre travail universitaire à l’ère du net ?, 1999
- 58- Le Monde. Hépatite C : 15 millions de nouvelles infections et 1,5 millions de morts évitables d’ici à 2023. Janvier 2019 sur <https://www.lemonde.fr>
- 59- M. Biwole-Sida, Dominique Noah Noah, Eloumou bagnaka Servais Albert Fiacre et I. Dag et al. Prévalence du portage des anticorps anti VHC dans une population travailleuse (dépistage en milieu professionnel) au Cameroun. Mars 2015 sur <https://www.researchgate.net>
- 60- Michel Crozier et Erhard Friedberg. *L’Acteur et le Système*. Paris, Editions du Seuil. 1977
- 61- Michel Crozier et Erhard Friedberg. *L’acteur et le système*
- 62- Michel Crozier et Erhard Friedberg. *L’acteur et le système : Les contraintes de l’action collective*. Editions du Seuil. 1977
- 63- Michel Crozier, Erhard Friedberg. *L’acteur et le système*. Paris. Editions Seuil. 1977
- 64- Michel Crozier. *La société bloquée*. Edition du Seuil. 1970
- 65- Michel Crozier. *Le phénomène bureaucratique, essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d’organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. Editions Points. 1964
- 66- Michel Roche. *La théorie de David Harvey sur les inégalités géographiques : cas de la Russie*

- 67- Michet Crozier, Erhrad Friedberg. *L'acteur et le système*. Paris. Editions du Seuil. 1977
- 68- Nadia Blétry, Eric de Lavarène et Claire Willot. (2019, 28 Juin). L'Egypte en guerre contre l'hépatite C sur <https://www.france24.com/reporters/2190628-egypte-hepatite-lutte-virus-contamination-vaccination-traitement-cancer-cirrhose>
- 69- Nalova Akua. (2022, octobre). *L'hépatite l'épidémie cachée du Cameroun*
- 70- Nalova Akua. L'hépatite l'épidémie cachée du Cameroun. Gavi The vaccine Alliance. Octobre 2022 sur <http://www.gavi.org/fr/vaccineswork/hepatite-epidemie-cachee-cameroun>
- 71- Ngounou Nzietchueng Caline. (2015, Décembre). Pourquoi les médecins partent ?. Medcamer sur <https://medcamer.org>
- 72- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2024, 9 avril). Hépatite C. OMS sur <https://www.int/fr/news-room/fact-sheets/details/hepatite-c>
- 73- Organisation Mondiale de la Santé Rwanda. (2023, 28 Aout). Eliminer l'hépatite sur <https://www.afro.who.int>
- 74- Organisation Mondiale de la Santé. (2024, 9 Avril). Hépatite C. OMS sur <https://www.int/fr/news-room/fact-sheets/details/hepatitis-c>
- 75- Organisation Mondiale de la santé. Eliminer l'hépatite. 2025 sur <https://www.afro.who.int/fr/countries/rwanda/news/eliminer-lhepatite>
- 76- Organisation Mondiale de la Santé. Eliminer l'hépatite. Aout 2023 sur <https://www.afro.who.int>
- 77- Organisation Mondiale de la Santé. Faire de la sécurité routière une priorité au Botswana. Décembre 2024 sur <https://www.afro.who.int>
- 78- Organisation Mondiale de la Santé. Faire de la sécurité routière une priorité au Botswana. Décembre 2024 sur <https://www.afro.who.int>
- 79- Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite C. Avril 2024 sur <https://www.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
- 80- Organisation Mondiale de la santé. Hépatite C. Avril 2024. OMS sur <https://www.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
- 81- Patrick Hassenteufel. *La sociologie de l'action publique*. Edition Armand Clin. 2008
- 82- Pierre Bourdieu. *Critique et réflexité comme attitude analytique*. 2006/6 n°165 sur <https://bibliotecadigital.uchille.cl>
- 83- Pierre Bourdieu. La distinction
- 84- Pierre Bourdieu. *La Distinction*. France. Editions de Minuit. 1977
- 85- Pierre Bourdieu. *La Distinction*. Paris, Les Editions de Minuit. 1979
- 86- Pierre Bourdieu. *La Distinction: Critique sociale du jugement*. Paris, Editions de Minuit. 1979
- 87- Pierre Bourdieu. *La misère du monde*. Paris, Editions du Seuil. 1993
- 88- Pour la science. Les hépatites virales, une épidémie silencieuse. 2018 sur <https://www.pourlascience.fr>
- 89- Rwandas.com. (2019, 17 aout). Rwanda veut éliminer l'hépatite C d'ici cinq ans. Rwanda news sur <https://rnanews.com>
- 90- Sant.gouv.fr. (2025, 28 aout). L'hépatite C sur <https://sante.gouv.fr>

- 91- Santé publique France. Inégalités sociales et territoriales de santé. Octobre 2025 sur <https://www.santepubliquefrance.fr>
- 92- StudySmarter. Organisation des soins. (2024, 12 septembre) sur <https://www.studysmarter.fr>
- 93- Vih.org. (2012, 5 Janvier). Organisation des soins- le maintien dans le soin, 3e acte du test and treat sur <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20120105>
- 94- Vih.org. Le meilleur de 2011-TasP : L'essai HPTN 052 en tête des événements scientifiques 2011 selon science. (Décembre, 2011) sur <https://vih.org>
- 95- Vih.org. Le meilleur de 2011-TasP : L'essai HPTN 052 en tête des événements scientifiques 2011 selon science. (Décembre, 2011) sur <https://vih.org>
- 96- Wikipédia. <https://.wikipedia.org>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire pour les malades de l'hépatite virale C

EVALUATION DES DEFIS ORGANISATIONNELS DE LA STRATEGIE « *TEST AND TREAT* » DE SIMPLIFICATION DES SOINS D'HEPATITE VIRALE C AU CAMEROUN

Lieu : _____ **Date :** __ / __ / __ **Investigateur :** _____

SECTION 0 : DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUE		
N°	Questions et propositions	
1	Age :	
2	Sexe : a- Masculin, b-Féminin	
3	Niveau d'étude : a- Aucun, b- Primaire, c- 1 ^{er} cycle, d- 2 nd cycle, e- supérieur	
4	Profession : a- Fonctionnaire, b- secteur privé, c- commerçant(e), d- sans	
5	Aire culturelle : a- Cote, b- Foret, c- Grassfield, d- Sahel, e- Savane	
6	Religion : a- Animiste, b- Chrétien, c-Musulman, d- Autre	
7	Pouvoir d'achat : a- Entre 0 et 50.000fcfa, b- Entre 50.000fcfa et 100.000fcfa, c- Plus de 100.000fcfa	
8	Localité de résidence : a- Zone urbaine, b- Zone rurale	
SECTION 1 : PROFIL PATHOLOGIQUE		
8	Depuis combien de temps avez-vous été diagnostiqué du VHC ? a- Moins d'un an, b- 1 an, c- Plus d'un an.	
9	Où avez-vous fait vos tests de confirmation (ARN) ? a- Centre de santé, b- Hôpital	
10	Avez-vous reçu un traitement depuis votre diagnostic ? a- Oui, b-Non	
11	Connaissez- vous d'autres personnes autour de vous atteinte du VHC ? a- Oui, b- Non	
12	Avez-vous des antécédents de maladies chroniques ? a- Oui, b-Non Si oui, lesquelles ?	
SECTION 2 : CONNAISSANCES DU VHC		
13	Savez-vous comment l'hépatite C se transmet ? a- Oui, b-Non	

Évaluation des défis organisationnels de la stratégie « *Test & Treat* » de simplification des soins
d'hépatite virale C au Cameroun

14	Quelle est la voie de transmission du VHC ? a- Je ne sais pas, b- Contact avec une personne infectée (Fluide corporel), c- Voie sexuelle	
15	Savez-vous s'il existe un traitement pour l'hépatite C ? a- Oui, b- Non	
16	Avez-vous déjà été sensibilisé(e) sur l'hépatite C auparavant ? a- Oui, b- Non	
17	Savez-vous si le traitement est gratuit au Cameroun ? a-Oui, b-Non, C-Je ne sais pas	
18	Confondez-vous le VHC avec VHB ou le VIH ? a- Oui, b- Non	
19	Pensez-vous que l'hépatite C est une maladie rare ? a- Oui, b- Non, c- Je ne sais pas	
20	Où avez-vous attendu parler du VHC pour la 1 ^{ère} fois ? a- Personnel de santé, b- Médias, c- Amis ou famille, d- Autre	
21	A quelle fréquence attendez-vous parler du VHC ? a- Jamais, b- Rarement, c- Souvent, d- Très souvent	
SECTION 3 : PERCEPTION DU « TEST AND TREAT »		
22	Avez-vous déjà attendu parler de la stratégie « Test and Treat » ? a- Oui, b- Non	
23	Etes-vous d'accord avec l'idée d'être dépisté et traité immédiatement après votre diagnostic ? a- Oui, b-Non	
24	Seriez-vous prêt à recevoir un traitement gratuit juste après un test positif ? a- Oui, b- Non	
25	Craignez-vous de faire un test public ? a- Oui, b- Non	
26	Pensez-vous que les traitements gratuits sont efficaces ? a- Oui, b- Non	
27	Avez-vous confiance au personnel de santé pour vous accompagner dans le traitement ? a- Oui, b- Non	
28	Pensez-vous que les traitements pour l'hépatite C devraient être disponibles dans tous les structures de santé ? a- Oui, b- Non	
29	A votre avis, le « Test and Treat » est-elle une bonne stratégie ? a- Oui, b- Non	
SECTION 4 : OBSTACLES AU « TEST AND TREAT »		
30	Existe-t-il un centre de dépistage du VHC dans votre localité ? a- Oui, b- Non	
31	Le coût du transport vers un centre vous empêche-t-il de vous dépister ? a- Oui, b- Non	
32	Trouvez-vous les soins pour le VHC accessibles géographiquement ? a- Oui, b- Non	
33	Rencontriez-vous des difficultés lors de la prise en charge de la maladie ? a- Oui, b- Non	
34	Si oui, lesquelles ?	

Évaluation des défis organisationnels de la stratégie « *Test & Treat* » de simplification des soins
d'hépatite virale C au Cameroun

35	<i>Etes-vous bien accueilli dans les structures de santé ? a- Oui, b- Non</i>	
36	<i>Pensez-vous que la communauté est bien informée sur la stratégie « Test and Treat » ? a- Oui, b- Non</i>	
37	<i>Quelles peuvent être, selon vous les plus grandes difficultés à appliquer le « Test and Treat » dans votre zone ? a- Stigmatisation, b- Coût, c-Méfiance, d- Ignorance</i>	

Merci pour votre participation !

Annexe 2 : Guide d'entretien pour le personnel de santé

Thème : Evaluation des défis organisationnels de la stratégie « *Test and Treat* » de simplification de soins de l'hépatite virale C au Cameroun.

*Bonjour Dr, je suis là pour solliciter votre disponibilité afin de répondre à ce guide d'entretien portant sur l'« Evaluation des défis organisationnels de la stratégie « *Test and Treat* » de simplification des soins d'hépatite virale C au Cameroun » qui constitue notre thème de mémoire en sociologie de la population et du développement à l'université de Yaoundé I, nous aimerions avoir votre attention. Cette enquête va nous aider pour l'avancée scientifique dans l'étude du phénomène mit en exergue. Nous vous assurons de la confidentialité des informations données et ne seront utilisées que pour des fins strictement académiques.*

Aussi, notre échange sera enregistré afin de ne pas déformer vos propos et garantir leur fiabilité.

DATE D'ENTRETIEN : ____ / ____ / ____

HEURE DE DEBUT : ____ / ____

HEURE DE FIN : ____ / ____

NOM DE L'INVESTIGATEUR : _____

NOM DE L'ENQUETE : _____

FONCTION : _____

LIEU D'EXERCICE : _____

DEFIS STRUCTURELS	
1	Comment décririez-vous la collaboration de votre structure et d'autres acteurs dans la prise en charge du Virus de l'hépatite C ?

2	Comment les informations circulent-elles entre vous et vos supérieurs lorsqu'il s'agit du suivi des patients atteints du VHC ?
3	Quelles sont, selon vous les principales difficultés liées au manque d'équipement dans votre structure pour assurer le dépistage et le traitement du VHC ? (Diagnostic, traitement, suivi)
4	Comment se passe, le suivi des patients atteints du VHC et quelles limites rencontrez-vous dans le processus ?
5	Quelles améliorations vous paraissent prioritaires pour renforcer l'efficacité de la prise en charge de l'hépatite C et quel rôle le personnel de santé peut jouer dans ce processus ?

MERCI POUR VOTRE ATTENTION ET VOTRE PARTICIPATION !

Annexe 3 : Guide d'entretien pour décideurs

Thème : Évaluation des défis organisationnels de la stratégie « Test and Treat » de simplification de soins de l'hépatite C au Cameroun

*Bonjour Dr/Monsieur/Madame, je suis là pour solliciter votre disponibilité afin de répondre à ce guide d'entretien portant sur l'« **Evaluation des défis organisationnels de la stratégie « Test and Treat » de simplification des soins d'hépatite virale C au Cameroun** » qui constitue notre thème de mémoire en sociologie de la population et du développement à l'université de Yaoundé I, nous aimerions avoir votre attention. Cette enquête va nous aider pour l'avancée scientifique dans l'étude du phénomène mit en exergue. Nous vous assurons de la confidentialité des informations données et ne seront utilisées que pour des fins strictement académiques.*

Aussi, notre échange sera enregistré afin de ne pas déformer vos propos et garantir leur fiabilité.

DATE D'ENTRETIEN : ____/____/____

HEURE DE DEBUT : ____/____

HEURE DE FIN : ____/____

NOM DE L'INVESTIGATEUR : _____

I- DEFIS TERRITORIAUX	
1	Comment décririez-vous la répartition des services de dépistage et de traitement du VHC au Cameroun ? (Accessibilité, centralisation, zones prioritaires ou enclavés)
2	Comment les réalités locales freinent-elles, selon vous, l'accès des populations au diagnostic et au suivi du VHC ?

3	<i>Comment s'organise les structures sanitaires périphériques pour la prise en charge du VHC au Cameroun ?</i> <i>(Rôle des centres de santé, district, absence d'équipements, orientation des patients)</i>
4	<i>Dans quelle mesure l'insuffisance des moyens techniques impacte-t-elle la prise en charge dans les zones éloignées ?</i>
5	<i>Comment se passe la distribution et la disponibilité des traitements (ADD) à travers le pays ?</i>
II- DEFIS STRUCRURELS	
6	<i>Comment se passe la collaboration entre les différents acteurs et les bailleurs de fond impliqués dans la réponse au VHC au Cameroun ?</i>
7	<i>Comment les indicateurs de performance sont utilisés pour un meilleur suivi de la prise en charge du VHC ?</i>
8	<i>Comment se passe les orientations structurelles entre les différentes repartions sanitaires du Cameroun ?</i>

Évaluation des défis organisationnels de la stratégie « *Test & Treat* » de simplification des soins
d'hépatite virale C au Cameroun

9	<i>Comment sont suivis et évalués les efforts de prise en charge du VHC dans votre région/district ?</i>
10	<i>A partir de votre expérience quelles pistes d'amélioration recommanderiez-vous pour renforcer l'organisation de la prise en charge du VHC au Cameroun ?</i>

MERCI POUR VOTRE ATTENTION ET VOTRE PARTICIPATION !

Annexe 4 : Autorisation de recherche du département de sociologie de l'Université de Yaoundé I

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé
Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF
E-mail : departementsociologie@univ-yaounde1.cm
« Une sociologie ancrée dans un terroir et ouverte au monde »

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

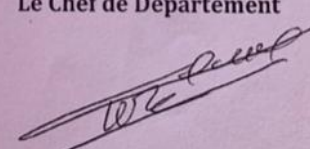
Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **BANGA BANGA Claude Alexis Noël**, Matricule **20C682**, est inscrit en **Master II**, option Population et développement. Il effectue, sous la codirection des Professeurs **ESSI Marie-Josée** et **MBA Robert Marie**, un travail de recherche sur le thème : « *Évaluation des défis organisationnels de la stratégie « test and treat » de l'implication des soins d'Hépatite virale C au Cameroun* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le _____

Le Chef de Département


Armand LEKA ESSOMBA
Professeur

Annexe 5 : Clairance éthique de la délégation de la santé

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA
RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE
Tel : 222 21 20 87/ 677 94 48 89/ 677 75 73 30

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARIAT GENERAL
CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE
FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

CE N° 03546/CRERSHC/2025

Yaoundé, le 30 SEPT 2025

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « Evaluation des défis organisationnels de la stratégie « test and treat » de simplification des soins d'hépatite virale C au Centre Hospitalier Universitaire et à l'Hôpital Central de Yaoundé », soumis par Madame/Mademoiselle BANGA BANGA Claude Alexis Noël.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressée est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Ethique. En outre, elle est tenue de :

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Ampliations:
CNERSH

LE PRESIDENT,
Dr. Doko Boye Casimir
Pharmacien

www.minsante.gov.cm

Annexe 6 : Prix des traitements des différentes hépatites virales

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
LUTTE CONTRE LES HÉPATITES VIRALES

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
FIGHT AGAINST VIRAL HEPATITIS

Les protocoles de traitement antiviral subventionnés par l'Etat



TYPE	Médicaments	Posologie	Durée	Prix du traitement par mois
Hépatite B	Ténofovir 300 mg	1 comprimé par jour	A vie	2 000 FCFA
Hépatite B Delta	Interféron pégylé 180 µg*	1 injection par semaine	1 à 2 ans	200 000 FCFA
Hépatite C	Sofosbuvir 400 mg + Daclatasvir 60 mg	1 comprimé par jour	12 semaines	100 000 FCFA
	Sofosbuvir 400 mg + Velpatasvir 100 mg	1 comprimé par jour	12 semaines	100 000 FCFA
	Sofosbuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg	1 comprimé par jour	12 semaines	50 000 FCFA

* Associé au Ténofovir 300mg

Organisation Mondiale de la Santé

Roche

Annexe 7 : Fiche de consentement éclairé

FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné, Mme/ Mr _____ accepte librement de participer à l'étude médicale intitulée « **Evaluation des défis organisationnels de la stratégie « *Test and Treat* » de simplification des soins d'hépatite virale C au Cameroun** » étant entendu que :

- L'investigatrice m'a informé et a répondu à toutes mes questions.
- L'investigatrice m'a précisé que ma participation est libre et que mon droit de retrait de cette recherche peut s'effectuer à tout moment.
- Les résultats obtenus seront gardés secrets par toute l'équipe impliquée dans cette étude.
- J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un mémoire soutenu publiquement. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fais-le ____/ ____ /2025 à Yaoundé

Annexe 8 : Fiche de garantie de confidentialité et d'anonymat

Dans le cadre de cette recherche intitulée : « **Evaluation des défis organisationnels de la stratégie « Test and Treat » de simplification des soins d'hépatite virale C au Cameroun** », nous tenons à vous assurer sur les points suivants :

- Toutes les informations que vous nous donnerez resteront strictement confidentielles.
- Personne en dehors de l'équipe de recherche n'aura accès à vos réponses.
- Votre identité ne sera jamais mentionnée dans les résultats.
- Nous allons utiliser les codes anonymes pour remplacer les noms des participants.
- Les données seront utilisées uniquement pour les besoins de recherche académique.
- Votre participation est libre et volontaire.
- Vous pouvez décider de vous retirer de l'étude à tout moment.

Merci pour votre collaboration et votre confiance !

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	II
SOMMAIRE	III
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTES DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	V
LISTE DES ILLUSTRATIONS	VI
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
LISTE DES TABLEAUX	VIII
RESUME.....	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCTION GENERALE	1
I-CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	2
II- PROBLEME DE RECHERCHE	3
1. <i>Défis structurels</i>	5
2. <i>Défis sociaux</i>	6
3. <i>Défis territoriaux</i>	6
III- PROBLEMATIQUE	7
IV-QUESTION DE RECHERCHE	8
1- <i>Question principale</i>	8
2- <i>Questions de recherche secondaires</i>	8
V- HYPOTHESE DE RECHERCHE	8
1- <i>Hypothèse principale</i>	8
2- <i>Hypothèses secondaires</i>	8
VI- OBJECTIFS DE RECHERCHE	9

1- OBJECTIF GÉNÉRAL	9
VII- LE CADRE CONCEPTUEL	9
1- <i>le concept de stratégie « test and treat ».....</i>	<i>10</i>
2- <i>Le concept d'organisation de soins.....</i>	<i>10</i>
3- <i>Le concept de défi organisationnel</i>	<i>11</i>
4- <i>Le concept d'accès aux soins</i>	<i>11</i>
5- <i>Le concept de perception sociale de la maladie.....</i>	<i>12</i>
VIII- METHODOLOGIE	12
1- <i>Cadres théoriques</i>	<i>13</i>
a. <i>L'acteur et le système de Michel Crozier et la mise en œuvre de la stratégie « Test & Treat »</i>	<i>13</i>
b. <i>La sociologie de la santé et les déterminants sociaux de l'accès aux soins</i>	<i>14</i>
2- <i>Outils de collecte</i>	<i>15</i>
a. <i>Le questionnaire</i>	<i>15</i>
b. <i>Les guides d'entretien semi-directifs</i>	<i>17</i>
THÈMES ABORDÉS DANS LES ENTRETIENS	17
c. <i>Les observations directes.....</i>	<i>17</i>
IX- PLAN DE REDACTION	18
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SOCIOLOGIQUE DE LA STRATEGIE TEST AND TREAT ET DE SON IMPLANTATION AU CAMEROUN	19
CHAPITRE 1 : LA TRAJECTOIRE DU TEST AND TREAT.....	21
I- ORIGINE ET EVOLUTION DE LA STRATEGIE « TEST AND TREAT » POUR LE VIH, VHB, VHC.....	21
II- INTEGRATION DANS LES POLITIQUES DE SANTE MONDIALES.....	24
III- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR L'HEPATITE C (MONDE, AFRIQUE, CAMEROUN).....	26
a- Monde.....	26
b- Afrique.....	29
c- Cameroun	29

IV- REVUE DE LA LITTERATURE : STRATEGIES, LIMITES ET EXPERIMENTATION AFRICAINE	31
a- Principes de la stratégie.....	31
b- Simplification des soins.....	31
c- Décentralisation des tests et traitements.....	32
d- Réduction des étapes diagnostiques	33
e- Mise en œuvre de la stratégie.....	34
f- Échecs et succès	36
g- Du « Test and Treat » de l'HVC	36
h- Apports sociologiques	36
CHAPITRE 2 : DYNAMIQUES SOCIALES ET STRUCTURELLES AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE VIRALE C AU CAMEROUN.....	39
I- PERCEPTION SOCIALE DE L'HEPATITE VIRALE C	39
a- Faible connaissance du VHC dans les communautés.....	39
b- Stigmatisation et marginalisation des malades	40
c- Acceptabilité du dispositif de la stratégie	40
II- INEGALITES SRUCTURELLES D'ACCES AUX SOINS ENTRE LES ZONES RURALES ET LES ZONES URBAINES.....	42
a- Répartition inégale des structures sanitaires.....	43
III- LIMITES ORGANISATIONNELLES : COORDINATION, RESSOURCES ET GOUVERNANCE	45
a- Coordination défaillante entre acteurs.....	45
b- Ressources humaines et matérielles insuffisantes.....	46
c- Gouvernance et inertie institutionnelle.....	46
IV- CONTRAINTES TERRITORIALES TECHNIQUES ET LOGISTIQUES.....	47
b- Contraintes techniques	49
c- Contraintes logistiques.....	50
DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION DE LA STRATEGIE AU CAMEROUN.....	53

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE ET COLLECTE DES DONNÉES SUR LES DÉFIS DE LA MISE EN ŒUVRE.....	55
I- METHODOLOGIE	55
a. Type d'étude.....	55
b. Site de l'étude	55
c. Durée / période d'étude	56
d. Population d'étude	56
1. Population cible	56
2. Population source	56
3. Critères d'inclusion Age, langue, consentement,.....	57
4. Critères d'exclusion.....	57
5. Calcul de la taille de l'échantillon de base.....	57
e. Outil(s) de collecte.....	57
1. Considérations éthiques et administratives	58
II- COLLECTE DES DONNEES	58
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS, INTERPRÉTATIONS ET RECOMMANDATIONS.....	60
I- RESULTATS	60
a- POPULATION D'ETUDE	60
1- <i>modalité sexe</i>	61
2- <i>Niveau d'études, profession, aire culturelle et religion</i>	61
3- <i>Pouvoir d'achat et localité de résidence</i>	63
II. PROFIL PATHOLOGIQUE	64
1- <i>Ancienneté du diagnostic de VHC, Lieu de confirmation du diagnostic (ARN), Accès au traitement après diagnostic, Connaissance d'autres personnes atteintes de VHC</i>	64
2- <i>Antécédents de maladies chroniques</i>	65
III. CONNAISSANCE DU VHC	66
1- <i>Connaissance des modes de transmission du VHC, des Voies de transmission connues du VHC, de Connaissance de l'existence d'un traitement, d'Antécédent de sensibilisation sur le VHC et de connaissance de la gratuité du traitement</i>	66

2- <i>Confusion entre VHC, VHB et VIH, Perception de la rareté de l'hépatite C et Source d'information sur le VHC</i>	67
3- <i>Fréquence d'information sur le VHC</i>	68
IV. PERCEPTION DU « TEST AND TREAT »	69
V. OBSTACLES DU « TEST AND TREAT »	71
1- <i>Existence d'un centre de dépistage, Impact du coût du transport sur le dépistage, Accessibilité géographique des soins</i>	71
2- <i>Existence de Difficultés lors de la prise en charge et Types de difficultés</i>	72
3- <i>Qualité de l'accueil dans les structures de santé, Perception de la qualité de l'information communautaire</i>	73
4- <i>Principales difficultés d'application du "Test and Treat"</i>	73
II- INTERPRETATIONS	75
a- <i>Limite de l'étude</i>	75
b- <i>Profil sociodémographique et pathologique</i>	77
c- <i>Connaissance du VHC</i>	80
d- <i>Perception de la stratégie</i>	82
e- <i>Obstacles au « Test and Treat »</i>	84
III- RECOMMANDATIONS	86
1. <i>Renforcement des capacités opérationnelles et de l'accessibilité des services</i>	86
2. <i>Campagnes d'information, de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation</i>	87
3. <i>Amélioration du système de suivi-évaluation et de la coordination</i>	87
4. <i>Plaidoyer pour un financement durable et une intégration dans les politiques de santé</i>	88
5. <i>Recherche opérationnelle et approches adaptées</i>	88
CONCLUSION GENERALE	89
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXES	97