



HAL
open science

L'action publique de lutte contre le VIH/SIDA Acteurs, controverses et dynamiques Analyse comparée à partir des exemples sud-africain, burkinabè et camerounais

Edrich Nathanaël Tsotsa

► To cite this version:

Edrich Nathanaël Tsotsa. L'action publique de lutte contre le VIH/SIDA Acteurs, controverses et dynamiques Analyse comparée à partir des exemples sud-africain, burkinabè et camerounais. Science politique. Institut d'études politiques de Bordeaux, 2009. Français. NNT : . tel-00440155

HAL Id: tel-00440155

<https://theses.hal.science/tel-00440155>

Submitted on 9 Dec 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE MONTESQUIEU BORDEAUX IV / INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE BORDEAUX
ECOLE DOCTORALE DE SCIENCE POLITIQUE DE BORDEAUX (E.D.208)
CEAN – Centre d'Etude d'Afrique Noire (UMR 5115 du CNRS)

**L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
ACTEURS, CONTROVERSES ET DYNAMIQUES**

Analyse comparée à partir des exemples sud-africain, burkinabé et camerounais

Thèse pour le Doctorat en science politique

Sous la direction de M. le Professeur Jean du BOIS de GAUDUSSON

Présentée et soutenue publiquement par

Edrich Nathanaël TSOTSA

- 11 septembre 2009 -

Membres du jury

M. Jean du BOIS de GAUDUSSON, Professeur,
Université Montesquieu Bordeaux IV, *Directeur de thèse*

M. Dominique DARBON, Professeur,
Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux

Mme Aurelia KAZADI wa KABWE-SEGATTI, Chercheur IRD,
University of Witwatersrand – Johannesburg

M. Janvier ONANA, Professeur,
Université de Douala - Cameroun, *Rapporteur*

M. François RANGEON, Professeur,
Université de Picardie Jules Verne - Amiens, *Rapporteur*

**L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
ACTEURS, CONTROVERSES ET DYNAMIQUES**

Analyse comparée à partir des exemples sud-africain, burkinabé et camerounais

Depuis un peu plus de vingt cinq ans, les sciences humaines et sociales essaient de comprendre et d'interpréter les dynamiques de l'épidémie de VIH/Sida. La science politique africaniste est cependant en marge de ce mouvement cognitif malgré le développement de nombreux paradigmes sur les politiques publiques. Cette méfiance de l'africanisme à l'égard du VIH/Sida manifeste vraisemblablement une sorte de souffrance épistémologique fortement liée à ce trop plein d'institutionnalisme des politiques publiques, adoué par le fort étatismisme qui caractérise encore les études africaines en science politique. A tel point qu'elles ne s'intéressent pas aux autres acteurs sociaux désormais présents dans la fabrication des objets politiques, au-delà de la rigidité de l'Etat classique par ailleurs introuvable dans les mécanismes de gouvernance du VIH/Sida en Afrique. Pourtant, à bien y réfléchir, l'épidémie de VIH/Sida produit des effets incontestablement politiques : elle génère et entretient des enjeux de pouvoir ; elle interroge les mécanismes de gouvernance des problématiques sociales ; elle révèle la désétatisation de l'espace public par des formes d'entrées non électives mais participatives, etc. A cet effet, elle renouvelle les paradigmes de l'Etat en Afrique en les transposant sur les acteurs qui émergent à côté de l'Etat dans la production de l'action antisida. Cette thèse analyse les dynamiques de l'épidémie de VIH/Sida à partir des théories et des concepts produits par la science politique, en ciblant dans une sorte de comparaison, le rôle et la place des acteurs politiques et associatifs, des controverses et des dynamiques de l'épidémie, dans la construction politique du VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun.

Mots clés : Action publique, ARV, Agenda gouvernemental, Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Changements sociaux et politiques, Mobilisations collectives, ONG, Politiques d'accès aux traitements, Politisation, Société civile, VIH/Sida.

**PUBLIC ACTION IN THE FIGHT AGAINST HIV/AIDS
ACTORS, CONTROVERSIES AND DYNAMICS**

A comparative analysis of South African, Burkinabe and Cameroonians cases

For more than twenty-five years, human and social sciences have been trying to understand and to interpret the dynamics of the HIV/AIDS epidemic. However, African studies in political science are at the margins of this cognitive movement despite the development of paradigms on public policies. This mistrust of Africanist towards HIV/AIDS research expresses an epistemological limitation related to the dominance of institutional and statist approaches that still characterize African studies in political science. An outcome of this mistrust is a disinterest in non-state social actors that are active in the making of political objects, especially considering the absence of the state in the governance of HIV/AIDS in Africa. However, the HIV/AIDS epidemic incontestably produces political effects: it generates and maintains power struggles; it questions the mechanism of the governance of social problems; it reveals the withdrawal of the state from public space in favour of non-elected but participative forms of entry into public space. As a result the HIV/AIDS epidemic necessitates the renewal of research paradigms on the state in Africa and their transposition onto the civil actors that emerge alongside the state in the fight against HIV/AIDS. This thesis analyses the dynamics of the HIV/AIDS epidemic using political science theories and concepts and a comparative approach to the role and the place of political and associative

actors, the controversies and the epidemic dynamics, in the political construction of HIV/AIDS in South Africa, Burkina Faso and Cameroon.

Key words: Public action, Government agendas, Access to treatment policies, ARV, HIV/AIDS, Civil society, collective mobilisations, Politicisation, Social and political change, NGOs, Burkina Faso, Cameroon, South Africa.



DEDICACE

*Au Père Michel Jarrot
A Monseigneur Ernest Kombo
Au Professeur Jean-François Médard.*

*Pour m'avoir fortement aidé,
par la Science, l'Humanisme et la Foi,
à puiser la force de votre présence et de vos paroles !*

REMERCIEMENTS

Mes premiers mots de gratitude pour rendre un vibrant hommage au Professeur Jean du BOIS de GAUDUSSON qui, malgré le poids de la suspicion disciplinaire qui cloisonne fortement le droit public et la science politique et ses multiples occupations scientifiques et administratives, a accepté avec beaucoup de présence, de patience et de rigueur, d'assurer la direction de cette thèse. Au-delà de ses conseils et de ses critiques constructifs, il a su trouver les mots justes pour m'encourager à entreprendre ce travail après mon mémoire de DEA effectué déjà sous sa direction et à persévérer dans un chemin de recherche périlleux marqué par de nombreux séjours de terrain ;

A M. Dominique DARBON, Professeur de science politique à l'IEP de Bordeaux, Mme Aurelia KAZADI Wa KABWE-SEGATTI, Chercheur IRD à l'Université du Witwatersrand à Johannesburg, M. Janvier ONANA, Professeur de science politique à l'Université de Douala et M. François RANGEON, Professeur de science politique à l'Université de Picardie Jules Verne à Amiens, pour avoir accepté de prendre part à mon jury de thèse ;

A M. René OTAYEK, Directeur du CEAN et M. Dominique DARBON, Directeur de l'École doctorale de science politique de Bordeaux, pour les conditions favorables dans lesquelles se sont déroulées mes recherches ainsi qu'à tous les membres du Centre pour le soutien qu'ils n'ont cessé de m'apporter au cours de mon séjour bordelais : M. Comi TOULABOR, Mme Maryse DUCOURNAU, M. David ANDRIEUX, Mme Christiane ANDREN et Mme Ourida GAUCHER. C'est aussi l'occasion de me rappeler les bons souvenirs de Mme Françoise SIMONET, ancienne secrétaire du 3^{ème} Cycle à l'IEP de Bordeaux dont le bureau était un espace de réconfort pour différentes générations des néo-arrivants des terres lointaines des Afriques et d'ailleurs ;

A Mme Viviane OLSAK, « cheville ouvrière » du CERDRADI à l'Université Montesquieu Bordeaux IV, pour lequel elle ne ménage aucun effort, naviguant d'un dossier à l'autre, y compris ceux des doctorants ;

A l'AUF pour la bourse qui m'a été accordée pour effectuer les enquêtes de terrain au Cameroun. Je remercie le Professeur Olivier MASSAMBA-LOUBELO, Vice recteur de l'UCAC, le Professeur Jean Didier BOUKONGOU, Directeur de l'APDHAC et M. Lucien TOULOU, Chargé de cours à la FSSG, qui m'ont accueilli à l'UCAC et, avec eux, tous les enseignants de la FSSG ;

A l'IFAS qui m'a offert la bourse d'aide à la recherche pour réaliser mes enquêtes en Afrique du Sud. Ma gratitude à Mme Aurelia KAZADI Wa KABWE-SEGATTI, Directrice de l'IFAS-Recherche et à M. Laurent CHAUVET, Traducteur, pour m'avoir scientifiquement et humainement soutenu pendant mes difficiles enquêtes sud-africaines. Merci également au Professeur Christopher HEYNS, Doyen de la Faculté de Droit, au Professeur Frans VILJOEN, Directeur du Centre for Human Rights et à M. Norman TAKU pour leur accueil à l'Université de Pretoria où ils m'ont gracieusement offert un bureau. Merci au Centre for the Study of AIDS de l'Université de Pretoria, à la TAC et à la

NAPWA, au personnel de l'Hôpital Chris Ani Baragwanath de Soweto et aux volontaires allemands et australiens rencontrés à pied d'œuvre dans les townships de Kayelitsha, Langa et Guguletsu, dans la région du Cap ;

Aux membres de REV+, AAS et Sida Ka Taa au Burkina Faso pour les informations fournies. A Janine et Alain BABILLOT, mes amis de AAS France, qui ont assuré la relecture de ce travail : merci pour tout, au-delà de la thèse ;

Au Professeur Franklyn LISK, Directeur du programme « Le VIH/Sida et le monde du travail » au sein de l'OIT et Mme Sarah HODGES, responsable du programme « Gouvernance des maladies infectieuses » à l'Université de Warwick qui ont permis et organisé mon séjour au CSGR à l'Université de Warwick au Royaume Uni, grâce à un financement de GARNET ;

A Mme Mallory SMUTS, Chargée de communication au sein de l'ONUSIDA à Genève, pour les échanges et la documentation fournie ;

Au Professeur Didier FASSIN, Directeur de recherche à l'EHESS de Paris, ainsi qu'à M. Fred EBOKO, Chargé de recherche à l'IRD et M. Frédéric LE MARCIS, Maître de conférences à l'Université Bordeaux II, qui m'ont ouvert les portes de leur bureau pour échanger sur les recherches sur le VIH/Sida en Afrique ;

Au Professeur Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN, Directeur de recherche à l'IRD à Niamey et à l'EHESS de Marseille et M. Mahaman Alou TIDJANI, Maître assistant à l'Université de Niamey et Directeur du Lasdel dont l'invitation au sein du Lasdel m'a permis de participer à une enquête sur la santé au Niger, riche d'un point de vue méthodologique et épistémologique. Merci également à Elise GUILLERMET, docteur en anthropologie et ATER à l'Université Lyon II ;

Au Professeur Johanna SIMEANT de l'Université Paris I et Mme Marie-Emmanuelle POMMEROLLE, Maître de conférences à l'Université des Antilles et de la Guyane, pour l'expérience qu'elles m'ont permise de vivre dans le projet collectif « ANR Causes Africaines ». Merci à toute l'équipe qui a participé aux enquêtes collectives au Forum social mondial de Nairobi ;

A toutes les personnes rencontrées au cours de mes enquêtes, celles qui se sont prêtées au jeu comme celles qui ont refusé d'y répondre. Vous m'avez aidé à comprendre une partie du mystère qui entoure la maladie du VIH/Sida... Je lutte avec vous ! Merci à Melinda MOORE, doctorante en Anthropologie de la santé à l'Université McGill de Montréal, pour avoir accepté l'idée des enquêtes communes à Soweto ;

Enfin, à mon père, ma mère et mes frères qui trouveront ici, je l'espère, les raisons de ma longue séparation à eux et à mes amis du Congo, du Gabon, du Cameroun, de France, de Suisse, d'Egypte, du Maroc, du Canada, d'Angleterre, du Burkina Faso, du Mali, du Niger et d'Afrique du Sud, pour toutes les fois où, pendant mon pèlerinage étudiantin, j'ai trouvé du soutien et du réconfort auprès d'eux ;

Ma gratitude !

SIGLES ET ABREVIATIONS

AAS	: Association African Solidarité
AASF	: Association African Solidarité France
ABI	: Association Burkinabé des Infirmières
ACP	: Afrique, Caraïbe, Pacifique
ADPIC	: Aspects des Droits de la Propriété Intellectuelle relatifs au Commerce
AFASO	: Association des Femmes Actives et SOLidaires
AFSP	: Association Française de Science Politique
AFSU	: Association des Frères et Sœurs Unis
AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ANC	: African National Congress
ANR	: Agence Nationale de la Recherche
APAD	: Association Pour l'Anthropologie du Développement
APDHAC	: Association pour la Promotion des Droits de l'Homme en Afrique Centrale
ARV	: Anti-Rétro Viraux
ATER	: Attaché Temporaire de l'Enseignement et de la Recherche
AUF	: Agence Universitaire de la Francophonie
AZT	: Azidothymidine
CADI	: Centre Anonyme de Dépistage et d'Information
CDVA	: Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CEAN	: Centre d'Etude d'Afrique Noire
CERAP	: Centre de Recherche et d'Action pour la Paix
CERDRADI	: Centre d'Etudes et de Recherches sur les Droits Africains et sur le Développement Institutionnel des pays en développement
CERI	: Centre d'Etudes et de Recherches Internationales
CHP	: Centre for Health Policy

CICDoc	: Centre d'Information, de Conseils et de Documentation sur le VIH/Sida et la tuberculose
CNLAT	: Centre National de Lutte Antituberculeux
CNLS	: Comité / Conseil National de Lutte contre le Sida
COSATU	: COngress of South African Trade Union
CPLS	: Comité Provincial de Lutte contre le Sida
CSGR	: Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation
CTA	: Centre de Traitement Agréé / Centre de Traitement Ambulatoire
CTAff	: Centre de Traitement Affilié
CURAPP	: Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie
DAL	: Droit au Logement
DEA	: Diplôme d'Etudes Approfondies
Dir.	: Sous la direction de
ECOSOC	: Economic and Social Council (organe des Nations Unies)
Ed.	: Edited by
EDLS	: Equipes Départementales de Lutte contre le Sida
EHESS	: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
EPLS	: Equipes Provinciales de Lutte contre le Sida
EU	: European Union
FCFA	: Franc de la Communauté Financière d'Afrique
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
FSM	: Forum Social Mondial
FSSG	: Faculté de Sciences Sociales et de Gestion
GASA	: Gay Association of South Africa
GLOW	: Gay and Lesbian Organisation of the Witwatersrand
GPA	: Global Program on HIV/AIDS
GTZ	: Organisme de la Coopération Allemande au Développement
IAE	: Institut d'Administration des Entreprises
IEC	: Information, Education et Communication

IFAS	: Institut Français d’Afrique du Sud
IRD	: Institut de Recherche pour le Développement
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IUED	: Institut Universitaire d’Etudes de Développement
LASDEL	: Laboratoire d’Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
LEM	: Lille Economie et Management
MSF	: Médecins Sans Frontière
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
NAPWA	: National Association of People With AIDS
NGO	: Non Governmental Organisation
OCDE	: Organisation pour le Commerce et le Développement Economique
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OFCE	: Observatoire Français des Conjonctures Economiques
OIT	: Organisation International du Travail
OLGA	: Organisation of Gay and Lesbian Activists
OMC	: Organisation Mondiale du Commerce
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
Op.cit.	: Opus Citatum, c’est-à-dire ouvrage (déjà) cité.
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNUCID	: Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPLS	: Projet Population et Lutte contre le VIH/Sida
PPTE	: Programme des Pays Pauvres Très Endettés
PUCAC	: Presses de l’Université Catholique d’Afrique Centrale
PUF	: Presses Universitaires de France
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH/Sida

RDPC	: Rassemblement Démocratique du Peuple Camerounais
RECAP+	: REseau Camerounais des Association des Personnes vivant avec le VIH/Sida
REDS	: Réseau Ethique, Droit et Sida
REV+	: Responsabilité, Espoir, Vie
RGO	: Rand Gay Organisation
SACP	: South African Communists Party
SIDA	: Syndrome de l'Immuno-Déficienc Acquis
SWAA	: Society for Women Against AIDS in Africa
TAC	: Treatment Action Campaign
UCAC	: Université Catholique d'Afrique Centrale
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URBLS	: Union des Routiers Burkinabé de Lutte contre le Sida
USA	: United States of America
VIH	: Virus de l'immunodéficience Humaine
ZSP	: Zone de Solidarité Prioritaire

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	v
REMERCIEMENTS	vi
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	viii
INTRODUCTION	1
1. Le VIH/Sida : une épidémie à la quête de la société ?	4
2. Les acteurs politiques et associatifs dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.....	22
3. L'Afrique du Sud, le Burkina Faso et le Cameroun dans une perspective comparée.....	31
4. La production des données : la méthode et les méthodes.....	35
5. La structuration de la recherche	41

Première partie : LA LONGUE APPROPRIATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

43

Chapitre 1 - LA CONSTRUCTION DU VIH/SIDA EN « PROBLEME PUBLIC »	49
Section 1 : Le VIH/Sida : d'un phénomène social à un objet politique.....	53
1. Le VIH/Sida comme phénomène social.....	57
2. Le VIH/Sida comme phénomène politique.....	61
A. Un phénomène politique par nature (?)	63
B. Un phénomène politique par contingence (?)	65
Section 2 : Le VIH/Sida dans l'agenda politique	68
1. La non-décision et la non-action dans l'agenda politique	71
2. Les deux logiques d'entrer dans l'agenda politique	73
Section 3 : La politisation du VIH/Sida « à proprement parler »	76
1. La publicisation comme canal de politisation du VIH/Sida	77
2. Les limites de la théorie de la politisation	79

Chapitre 2 - LE « CONTEXTE » COMME OBSTACLE A L'EMERGENCE DE L'ACTION PUBLIQUE	83
Section 1 : La négation du VIH/Sida en tant qu'épidémie africaine.....	87
1. Les débats sur l'origine africaine du VIH/Sida.....	88
2. La controverse comme réponse aux initiatives internationales	91
3. L'alignement des intellectuels sur les postures politiques.....	95
Section 2 : Le recours aux « déterminants objectifs » de l'action publique.....	100
1. La faible institutionnalisation du système administratif.....	101

2. Les rapports aux valeurs sociales dominantes	103
A. Le VIH/Sida : résultat d'une mauvaise sexualité ?	105
B. Le VIH/Sida : retour à l'altérité ?	111
Section 3 : Les réseaux transnationaux dans l'action publique locale	115
1. Les effets d'une modélisation à l'international	116
2. La marginalisation des entités locales	119
3. L'action des agences de coopération internationale	122
Chapitre 3 - L'EMERGENCE DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	126
Section 1 : L'action publique de lutte contre le VIH/Sida : Une émergence circonscrite ?	131
1. Les translations associatives Nord/Sud et l'autoprotection politique	132
2. Le contrôle de la rente financière internationale	135
Section 2 : La formulation générale du VIH/Sida en tant que « problème public »	139
1. La construction du VIH/Sida en « fait social »	140
2. La mobilisation des approches par le droit	142
Section 3 : La spécification du VIH/Sida en problème de santé publique	145
1. La multiplicité des acteurs et de points de vue	146
2. La survivance des controverses pendant la spécification	150
Section 4 : La diffusion du « problème VIH/Sida » dans les publics	152
1. L'action des catégories sociales concernées	154
2. La fenêtre d'opportunités culturelles et politiques	160
Conclusion de la première partie	163

**Deuxième partie : LES DYNAMIQUES DE L'ACTION PUBLIQUE :
ADMINISTRATION ET ADMINISTRÉS** 167

Chapitre 4 - L'ADMINISTRATION DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	172
Section 1 : L'introuvable modèle administratif de coordination (1987-2000)	176
1. Les interférences politiques, versus instabilité de la coordination nationale	181
2. L'ancrage international des dispositifs nationaux	187
3. Les chevauchements administratifs dans l'organisation de la coordination nationale	193
Section 2 : La stabilisation de la coordination nationale (2000-2006)	198
1. L'implication des « sommets » de l'Etat	199
2. La pluralité d'opinions et de profils au sein de la coordination nationale	207
3. L'implosion des données épidémiologiques	214
Section 3 : L'éclatement des référentiels de l'action publique	216
1. Les stratégies « genrées » et la diversification de compétences	217
2. L'action publique du VIH/Sida à l'épreuve de la décentralisation	226

Chapitre 5 - LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	231
Section 1 : A l'origine, l'information, l'éducation et la communication.....	236
1. La perception différenciée de la prévention de nouvelles infections	240
2. Les représentations sociales de la campagne d'accès au préservatif.....	248
3. Les changements socioculturels : une étude de cas à Soweto	254
Section 2 : Les politiques d'accès aux traitements antirétroviraux	259
1. La déconstruction des idées culturalistes.....	261
A. La nécessaire complémentarité avec les politiques de prévention	263
B. Les progrès des sciences biomédicales	266
2. La prévention de la transmission parentale.....	268
Chapitre 6 - LA DISTRIBUTION DES ANTIRETROVIRAUX	273
Section 1 : La généralisation des traitements antirétroviraux	277
1. La perpétuation des inégalités dans les traitements du VIH/Sida.....	278
2. L'inadéquation des revenus des personnes sous traitement	284
3. Le statut des individus « séro-ignorants »	288
Section 2 : La gestion des réseaux de distribution des antirétroviraux.....	290
1. Le conflit d'intérêts dans les réseaux de distribution du médicament antisida.....	293
2. La résurgence de la contrefaçon des médicaments.....	297
Conclusion de la deuxième partie	304
Troisième partie : L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES CHANGEMENTS POLITIQUES.....	311
Chapitre 7 - L'ECLATEMENT DES ARENES POLITIQUES	315
Section 1 : L'affirmation du mouvement associatif dans le champ du VIH/Sida.....	321
1. Le mouvement associatif : incertitude, filiation et rejet.....	322
2. Le mouvement associatif : frontière et définition d'un champ d'action	328
3. Le mouvement associatif : un acquis mais pas une panacée	337
4. L'action des « séroconcernés » eux-mêmes.....	341
Section 2 : L'activisme antisida et les mouvements de revendications de la fin des années 80.....	346
1. L'Afrique du Sud : La mouvance des mouvements de revendication anti-apartheid	349
2. Le Burkina Faso : La coexistence pacifique avec l'Etat et l'autonomisation des associations.....	353
3. Le Cameroun : Le contrôle et la fragmentation du tissu associatif par l'Etat.....	356
Section 3 : Le mouvement associatif dans les débats juridiques sur le VIH/Sida.....	360
1. Les associations contre les discriminations fondées sur l'épidémie et l'orientation sexuelle.....	361
2. Les associations contre la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH/Sida	364

Chapitre 8 - LES LIEUX D’AFFRONTEMENTS ET DE POUVOIR.....	369
Section 1 : Les militants associatifs contre les administrations publiques ?	372
1. La mobilisation du discours sur les droits de l’homme	374
2. La protection des catégories sociales stigmatisées	385
Section 2 : Les transformations internes du mouvement associatif de lutte contre le	
VIH/Sida	394
1. Concurrence, exclusion et modes de légitimations.....	395
2. Leadership, collusions et tensions inter-associations	401
Conclusion de la troisième partie	407
CONCLUSION GENERALE	411
BIBLIOGRAPHIE	421
I. OUVRAGES	421
II. ARTICLES ET CHAPITRES D’OUVRAGES	429
III. THESES ET MEMOIRES	436
IV. RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	437
V. DOCUMENTS ELECTRONIQUES.....	438
VI. PRESSE.....	438
VII. AUTRES SOURCES ELECTRONIQUES	439
Annexe 1 – CARTES ET PRESENTATION PAR PAYS	441
AFRIQUE DU SUD	443
BURKINA FASO.....	444
CAMEROUN	445
Annexe 2 – MISSIONS ET CALENDRIER DES TRAVAUX DE THESE ..	446
1^{ERE} ANNEE : 2004 – 2005	448
2^{EME} ANNEE : 2005 – 2006.....	448
3^{EME} ANNEE : 2006 - 2007	449
4^{EME} ANNEE : 2007 - 2008	450

Annexe 3 – LES AGENCES SPECIALISEES DES NATIONS UNIES COPARRAINANT L'ONUSIDA	451
I. L'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)	454
II. Le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement).....	455
III. Le FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population)	456
IV. Le PNUCID (Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues)	458
V. L'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture)	459
VI. L'OMS (Organisation mondiale de la Santé).....	460
VII. La Banque Mondiale	462

Annexe 4 – PRINCIPES ET VALEURS APPLIQUES PAR L'ONUSIDA DANS SES ACTIVITES AVEC LA SOCIETE CIVILE.....	464
---	------------

Annexe 5 – LISTE DES ASSOCIATIONS ET ORGANISMES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	468
I. AFRIQUE DU SUD.....	469
II. BURKINA FASO	493
III. CAMEROUN.....	517

INTRODUCTION

Cette thèse a pour objet d'analyser les politiques publiques ou pour le dire avec un peu plus d'exactitude, l'action publique¹ en ce qu'elle s'attache à la fois à l'action de l'Etat et aux « bricolages associatifs » plus ou moins institués pour prendre en charge les effets induits par l'épidémie de VIH/Sida. Dans ce registre, elle considère les controverses et les incertitudes auxquelles l'épidémie a été soumise comme un ensemble de dynamiques liées à l'émergence même de l'action publique. L'analyse s'effectue, comme par un détour risqué, à travers un regard comparé des répertoires et des modes d'action issus des expériences de lutte contre le VIH/Sida dans trois pays d'Afrique subsaharienne, héritiers des cultures administratives francophone et anglophone : l'Afrique du Sud en Afrique australe, le Burkina Faso en Afrique de l'Ouest et le Cameroun en Afrique centrale.

L'analyse est d'autant plus risquée qu'elle s'expose à deux types de défis. Il s'agit, d'un côté, de faire usage de théories et de concepts de l'analyse de l'action publique produits sur des « terrains démocratiques »² pour investir et interpréter des dynamiques d'action secrétées dans des contextes lointains, au contraire, soupçonnés d'un déficit démocratique, institutionnel et normatif

¹ Pour une discussion sur les politiques publiques et l'action publique, on pourra se référer aux analyses de Jean-Claude Thoenig. Ses perspectives nous intéressent particulièrement dans la mesure où nous faisons intervenir les outils et les dynamiques d'action d'acteurs non gouvernementaux dans la production et la mise en œuvre des politiques de lutte contre le VIH/Sida. En effet, Thoenig conseille justement le terme *d'action publique* plutôt que celui de *politiques publiques* pour éviter les travers *statocentrés* et ultra-institutionnels de ces dernières. Voir, J.-C. Thoenig, « Politiques publiques et action publique », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.5, n°2, pp.295-314.

² On lira C. Jaffrelot (dir.), *Démocraties d'ailleurs : démocraties et démocratisations hors Occident*, Paris, Karthala, 2000.

qui rend cette perspective inopérante dans ces situations sociopolitiques par ailleurs mises sous tension par les avatars de l'Etat inachevé, néo-patrimonial³ ou même introuvable. D'un autre côté, il s'agit de s'inscrire dans une démarche comparative sur des trajectoires et des dynamiques d'action ayant fait l'objet de discours et d'appropriations politiques différenciés selon les cas nationaux dans ces trois pays. On craint alors que vue sous cet angle l'analyse ou du moins ses résultats ne soient qu'un survol de la littérature existante sans conclusions spécifiques et percutantes. Pour anticiper ces déconvenues, notre étude tente de cerner, en les combinant, différents niveaux d'interprétation⁴.

Au **niveau institutionnel** d'abord, il s'agit de voir l'importance du contexte global dans la production locale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida : comment se structurent les administrations publiques locales à l'heure du VIH/Sida ? Comment la configuration de ces administrations influence les discours et les pratiques d'acteurs aussi éclatés qui agissent dans les systèmes de production de l'ordre politique local ? Comment sont-elles inversement modifiées par les pratiques plus ou moins instituées par l'épidémie ?

Ensuite, au **niveau intermédiaire**, celui de l'interface entre institutions,

³ J.-F. Médard, « L'Etat néo-patrimonial en Afrique noire », in J.-F. Médard (dir.), *Etats d'Afrique noire : formation, mécanismes et crise*, Paris, Karthala, 1991.

⁴ Nous nous référons ici aux choix méthodologiques effectués par Guillaume Delalieux dans ses travaux en sciences de gestion sur les organisations non gouvernementales. Voir, G. Delalieux, *Responsabilité Sociale des Entreprises et ONG : une approche critique des dimensions politiques de la gestion des ONG*, Thèse pour l'obtention du doctorat en Sciences de gestion, Université de Lille I – IAE de Lille, Lille Economie et Management (LEM), déc. 2007.

organisations et pratiques des acteurs, il s'agit de voir comment les acteurs locaux de tout bord (politiques ou associatifs) s'emparent des objets relatifs au VIH/Sida : comment se représentent-ils l'épidémie et ses conséquences ? Comment les systèmes de représentation qui se greffent sur l'épidémie influencent les discours, les représentations et les pratiques des individus ? Comment les acteurs politiques et sociaux organisent la lutte contre les effets de l'épidémie pour défendre l'ordre social ? Quel est le rôle et la place de différents acteurs dans cette lutte ?

Enfin, au **niveau sociétal**, celui reconfiguré par les pratiques réelles des acteurs tant politiques qu'associatifs, il s'agit de voir quels types d'interactions sont désormais nourris par l'action publique de lutte contre le VIH/Sida ? Comment cette action se transforme et transforme progressivement le système de représentations sociales sur l'épidémie ainsi que l'espace politique local ? Quels enjeux de pouvoirs se greffent sur le champ du VIH/Sida.

1. Le VIH/Sida : une épidémie à la quête de la société ?

Les premiers cas assimilés à ce qui est devenu l'épidémie de VIH/Sida ont été observés en Afrique du Sud en 1982⁵. Au Cameroun, les premières

⁵ Un an après que le *Rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité* des Centres américains de lutte contre la maladie ait annoncé l'émergence de cette nouvelle maladie chez les jeunes homosexuels de New York et de San Francisco : P. Treichler, *How to Have a Theory in an Epidemic : Cultural chronicles of AIDS*, Durham and London, Duke University Press, 1999, pp.29-36.

révélations de cas de personnes contaminées remontent à 1984⁶ et au Burkina Faso, à 1986⁷. A chaque fois, les journaux locaux annonçaient successivement, de façon explosive, voire choquante et méprisante, l'arrivée de la maladie des homosexuels⁸. Choc et mépris parce qu'au Cameroun et au Burkina Faso en particulier, l'homosexualité était encore peu connue ou du moins, elle était perçue comme un phénomène exogène, une sorte de « déviance » liée à une « anomalie sexuelle » ou à la « mauvaise sexualité » d'expatriés occidentaux. En Afrique du Sud, pays plutôt multiracial où le phénomène était déjà connu grâce en partie aux activités politiques d'homosexuels de la Gay Association of South Africa (GASA)⁹ au sein des réseaux de gauche anti-apartheid, 10 à 15 % d'homosexuels étaient déclarés infectés à Johannesburg en 1989¹⁰. Mais, dans un cas comme dans l'autre, la vie sexuelle des homosexuels était encore source de mépris.

Le lien entre le VIH/Sida et l'homosexualité bouleverse et interroge les rapports sociaux en Afrique tout en expliquant le choc collectif et l'implosion

⁶ On lira les travaux très nombreux de Fred Eboko sur le Cameroun et plus spécialement sa contribution dans René Otayek et alii, *Les sociétés civiles du Sud : un état des lieux dans trois pays de la ZSP. Cameroun, Ghana, Maroc*, Etudes du Ministère des Affaires Etrangères, Paris, 2004.

⁷ L. Achilli et F. Hejoaka, « Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/Sida au Burkina Faso », *Face à Face*, Revue électronique, Université Victor Segalen – Bordeaux II, 2006.

⁸ Paula Treichler présente une excellente étude sur la panique homophobe provoquée par l'apparition du VIH/Sida et soutient que le VIH/Sida, épidémie lourde de sens, met le corps de l'homosexuel au centre de nombreux récits et interrogations.

⁹ GASA, Gay Association of South Africa est l'une des premières associations connues de personnes homosexuelles en Afrique. Cette association n'a pas survécu aux transformations engendrées par l'implosion des mouvements de revendication à la fin de l'apartheid.

¹⁰ R. Sher, « HIV infection in South Africa, 1982-1989 », *South African Medical Journal*, n°76, Johannesburg 1989.

sociale engendrés par la reconnaissance officielle de premiers cas nationaux de personnes contaminées par l'épidémie. Pour parvenir précisément à comprendre l'incidence de ces développements sur la production de l'action publique, une synthèse plus récemment suggérée par Pierre Muller et Yves Surel donne une meilleure illustration. Attentive au constructivisme, celle-ci repose sur l'idée de « valeurs dominantes » permettant ainsi de saisir l'impact des convictions héritées ou développées et les modalités d'entrées ou de sorties de l'action publique. Reproduits dans les contextes africains de construction de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, leurs travaux ouvrent assurément la voie à l'obtention d'informations inédites, en ce sens qu'ils montrent qu'un « fait social » est construit en « objet politique » lorsqu'il est lié entre autres aux « valeurs dominantes »¹¹. Or, l'homosexualité à laquelle les médias liaient justement le fait d'être contaminé par le virus du Sida représentait exactement une contre-valeur dans ces trois pays¹². On pouvait dès lors entrevoir les premières difficultés auxquelles l'inscription de VIH/Sida sur l'agenda gouvernemental allait faire face au cours de la première moitié des années 80.

Mais, au cours de ces longues années, l'épidémie de VIH/Sida s'est considérablement développée. De 0.5% au début de l'épidémie, ces trois pays

¹¹ P. Muller et Y. Surel, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 1998.

¹² S'il y a besoin de le confirmer, on peut se référer à la jurisprudence flagrante du Cameroun. Le 9 janvier 2008, le Tribunal de Grande Instance du Wouri à Douala a condamné trois Camerounais soupçonnés d'homosexualité à six mois de prison ferme : « Lazare Baeeg, Emmanuel Balep et Tony Dikonguè, trois homosexuels présumés placés sous mandat de dépôt à la prison centrale de Douala depuis le 30 août 2007, sont fixés sur leur sort. Le verdict du tribunal de grande instance du Wouri est tombé mercredi 9 janvier 2008. Ils écotent de six mois de prison ferme et 50 000 fca d'amende chacun », écrivait Honoré Foimoukom à La Une du quotidien camerounais, *Le Messager*, 16 janvier 2008.

présentent aujourd’hui une carte épidémiologique riche et variée : 18% en Afrique du Sud, 12% au Cameroun et 4% au Burkina Faso. Plusieurs raisons peuvent expliquer, selon les pays, ce changement statistique. Mais, de façon générale, l’épidémie se serait en grande partie répandue dans ces trois pays, au-delà des inflexions nationales probablement induites par l’impact de l’action publique réactive, avec le concours d’autres facteurs sociaux : la structure déséquilibrée de la population généralement stratifiée en ruraux et urbains, l’urbanisation non maîtrisée dans les grandes métropoles nationales et, pour le cas particulier de l’Afrique du Sud, la création de townships¹³ peu équipés en services de santé publique.

Les mouvements migratoires¹⁴ internes et temporaires constituent également un des facteurs explicatifs de l’explosion de VIH/Sida en Afrique. Mais, cette perspective est souvent tenue en négligé dans les analyses ethnographiques sur les dynamiques de l’épidémie dans le continent noir où la question migratoire est généralement traitée dans une perspective exclusivement orientée vers les rapports sociaux euro-africains. En Afrique du Sud, les

¹³ Dans ces nouvelles agglomérations, les difficultés d’accès à l’emploi ont généré une certaine paupérisation, avec le développement des groupes des *tsotsi* (gangs en Afrique du sud) et de prostituées ayant pour seuls recours, pour ceux-là, l’usage des drogues et autres stupéfiants et pour celles-ci, la *marchandisation* de leur corps. Ces deux catégories constituent aujourd’hui encore, au Cameroun comme en Afrique du Sud, une partie non négligeable de la population définie à risque. Pour une discussion socio-historiographique du vécu quotidien avec la maladie dans les townships, on pourra lire F. Le Marcis, « L’empire de la violence. Un récit de vie aux marges d’un township » in D. Fassin (dir.), *Afflictions. L’Afrique du Sud, de l’apartheid au sida*, Paris, Karthala, 2004.

¹⁴ La mise en cause de l’étranger illustrée dans le débat sur l’origine du sida n’est pas propre à cette épidémie. Les noms que portait la syphilis au moment où elle semait le désastre en Europe au XV^e siècle montrent à suffisance le besoin d’attribuer une origine étrangère à une maladie redoutée : à cette époque, la syphilis était nommée “variolo française” en Angleterre, “morbus germanicus” à Paris, “maladie de Naples” à Florence, “mal chinois” au Japon. Voir, S. Sontag, *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgeois, 1989.

mouvements migratoires locaux sont le fait des ouvriers de mines et d'autres fournisseurs temporaires de la main d'œuvre dans les entreprises métropolitaines. Comme le suggère Judith Hayem, les migrants internes s'installent loin de leur terroir originel et de leurs foyers conjugaux pour se rapprocher des zones de production manuelle¹⁵. Pendant l'apartheid et ce jusqu'à la deuxième moitié des années 90, ces ouvriers n'avaient pas le droit d'aménager avec leur famille sur leurs nouveaux lieux de résidence pour le travail, alors qu'ils y passaient plusieurs années voire toute leur vie¹⁶.

Au Cameroun et au Burkina Faso, cette transhumance interne est souvent le fait des routiers. Ces derniers entretiendraient, dans chacun de villages parcourus, des relations sexuelles occasionnelles sans usage de préservatif pour se protéger du VIH/Sida, avec les autochtones¹⁷. La pratique sexuelle est dans ce cadre obtenue contre une « rétribution » financière ou matérielle. En ce sens, les filles troquent leur sexe contre le pouvoir d'achat détenu par les routiers. Cette situation les expose par ailleurs à cette sorte de violence symbolique analysée par Pierre Bourdieu¹⁸ mais ici liée à la domination du donateur qui en l'espèce a la latitude d'imposer son point de vue sur l'usage

¹⁵ Pour une discussion sur la sociologie de la main d'œuvre dans les mines à l'heure du VIH/Sida en Afrique du Sud, on lira les travaux de Judith Hayem. Voir, J. Hayem « Histoire collective et responsabilité individuelle. Conditions de mobilisation contre le sida dans les mines » in D. Fassin (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Op.cit.

¹⁶ Judith Hayem tente de faire un lien entre d'une part les conditions de vie et les pratiques sexuelles occasionnelles des ouvriers de mine et de l'autre, ce vagabondage sexuel dû à l'instabilité de la relation avec des partenaires occasionnels et l'implosion du VIH/Sida dans les townships sud-africains, ce d'autant plus que les femmes qui sont restées dans les foyers conjugaux se livrent également de leur côté à une pratique sexuelle occasionnelle avec des nouveaux « boy-friends ». Voir, J.Hayem, *ibid*.

¹⁷ Rapport du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS, Cameroun), 2000.

¹⁸ Pierre Bourdieu, *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998.

ou non du préservatif. D'ailleurs, plusieurs travaux ethnographiques réunis par Mary Crew montrent que les inégalités de genre contribuent à l'expansion du VIH/Sida dans les sociétés africaines, dans un contexte fortement marqué par l'accès sexuellement différencié aux ressources¹⁹. Edwin Cameron estime de ce fait que les inégalités de genre accentuent ainsi les rapports de domination et la dissymétrie lors de la négociation de pratiques sexuelles²⁰. Enfin, dans les townships sud-africains et les milieux défavorisés du Cameroun et du Burkina Faso, l'épidémie de VIH/sida s'est développée en surfant sur les carences sanitaires des campagnes de vaccination populaire des années 80 pendant lesquelles une seule seringue servait à transfuser plusieurs patients.

Dans ses travaux sur la production des politiques publiques, Lary Gerston estime que la conjugaison de « trois critères de portée, d'intensité et de temps »²¹ suffit pour forcer l'inscription d'un « fait social » dans le calendrier gouvernemental. Le VIH/Sida réunit ces trois critères : en 2007, l'Onusida²² estimait à 14,8% le taux de séroprévalence en Afrique du Sud, 2% au Burkina Faso et 8,4% au Cameroun, auprès d'adultes âgés de 15 à 49 ans²³. On en

¹⁹ K. Kometsi in M. Crewe, *(Un) Real, Aids Review 2004*, Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria Press, 2004.

²⁰ E. Cameron in L. Walker et al., *Waiting to Happen – HIV/AIDS in South Africa*, London, Rienner Publishers, 2004.

²¹ L. N. Gerston, *Public Policy Making: Process and Principles*, New York, M. E. Sharpe, 1997.

²² UNAIDS, *AIDS Epidemic Update*, Geneva, December 2007.

²³ Il est peut-être utile de rappeler que lorsque nous avons entamé nos recherches doctorales en 2004, les statistiques de l'Onusida que nous avons progressivement vérifiées auprès d'autorités nationales compétentes, estimaient à 18% le taux de séroprévalence pour cette même tranche d'âge en Afrique du Sud, 12% au Cameroun et 3% au Burkina Faso. Nous essayons d'expliquer les raisons de ces changements dans le corps de notre thèse.

connaît par ailleurs les effets désastreux sur l'ordre socio-économique²⁴ et les structures politico-administratives des pays en transition²⁵. Mais, sa politisation a pris une trajectoire détournée dont les justifications sont entre autres liées aux contextes endogène et exogène de son émergence avec d'une part, la mobilisation des milieux associatifs au Nord, souvent constitués de personnes infectées et dont les translations ont suggéré des dynamiques associatives de lutte contre l'épidémie au Sud²⁶ et de l'autre, la contamination progressive de l'élite politique et militaire qui a conduit précisément l'Ouganda à s'imposer, de façon indirecte, comme modèle de « participation

²⁴ Beaucoup de travaux insistent sur les rapports VIH/Sida et structures économiques en Afrique du Sud. On pourra par exemple lire les textes de Judith Hayem ; lire également, Franklyn Lisk sur la gouvernance politique des réponses à l'épidémie du VIH/Sida. Voir, F. Lisk, *AIDS and Governance: the Development Dimension*, Warwick, 2006; *Global Governance and HIV/AIDS*, New York, WhatWorks Inc, 2005. De façon plus générale, on peut également se référer aux travaux de Philippe Msellati et de Jean-Paul Moatti : voir par exemple, P. Msellati, L. Vidal et J.-P. Moatti (dir.), *L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative Onusida/ministère ivoirien de la santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, Paris, ANRS coll. Sciences sociales et sida, 2001 ; Marc-Eric Gruénais en fait aussi une restitution, « L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative Onusida/ministère ivoirien de la santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux. Philippe Msellati, Laurent Vidal et Jean-Paul Moatti (dir.) », *Le bulletin de l'APAD*, n°21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [en ligne], mise en ligne le 6 mars 2006. URL : <http://apad.revues.org/documents195.html>.

²⁵ Sur les transitions démocratiques en Afrique, on lira J.-F. Bayart, *L'historicité de l'Etat importé*, Paris, Les Cahiers du CERI, n°15, 1996 ; J.-F. Bayart, « L'Afrique dans la monde : une histoire d'extraversion », *Critique internationale*, n°5, 1999, pp.97-120 ; D. Bourmaud et P. Quantin, « Le modèle et ses doubles : les conférences nationales en Afrique noire (1990-1991) », in Y. Mény (dir.), *Les politiques du mimétisme institutionnel. La greffe et le rejet*, Paris, l'Harmattan, 1993, pp.165-184 ; D. Bourmaud, *La politique en Afrique*, Paris, Montchrestien, 1997 ; M. Bratton and N. Van de Walle, *Democratic Experiments in Africa : Regime Transitions in Comparative Perspective*, Londres, Cambridge University Press, 1997 ; R. Buijtenhuijs and C. Thiriot, *Démocratisation en Afrique au Sud du Sahara, 1992-1995 : un bilan de la littérature*, Leiden, Centre d'études africaines ; Pessac, Centre d'étude d'Afrique noire, 1995 ; J.-P. Daloz (dir.), *Le (non-) renouvellement des élites en Afrique subsaharienne*, Paris, Karthala, 1999 ; G. Harrison, *Issues in the Contemporary Politics of Sub-Saharan Africa. The Dynamics of Struggle and Resistance*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2002; A. Hills, *Policing Africa, Internal Security and the Limits of Liberalization*, London, Lynne Rienner Publishers, 2000.

²⁶ Pour une discussion sur la sociologie de premières translations associatives Nord/Sud, on lira P. Benkimoun, *Mort sans ordonnance*, Hachette Littérature, Paris, 2002.

active »²⁷.

L'analyse de VIH/Sida en tant qu'objet d'action publique impose une construction historiographique des dynamiques sociales et politiques qui structurent les espaces publics dans ces trois contextes d'étude tout en évitant de tomber paradoxalement dans une œuvre historique plate qui éloignerait de préoccupations analytiques de départ. Ceci étant, l'analyse contextuelle n'a pour seul objectif que de mettre instantanément en évidence les pesanteurs et les déterminants autres que politiques capables d'éclairer l'ensemble de facteurs qui pouvaient noyauter les logiques en action au moment où le VIH/Sida tente d'émerger comme problème politique.

En effet, l'histoire politique qui préfigure l'inscription de VIH/Sida sur l'agenda politique est antérieure à l'épidémie elle-même. Elle remonte au début de la période postcoloniale²⁸. De fait, à partir des années 70, les Etats africains fraîchement indépendants vivent dans une relative prospérité économique avec entre autres un taux de croissance annuel moyen de 11,9%

²⁷ Sur les modèles africains de réponses aux recommandations internationales, on lira Fred Eboko. Ce dernier présente quatre grands modèles pour rendre compte des mobilisations nationales ayant accompagné la mise en œuvre des politiques internationales de lutte contre le sida : la « participation active », l'« adhésion passive », la « dissidence active » et l'« implosion ». Notre étude s'accommode avec les trois premiers modèles respectivement portés par le Burkina Faso, le Cameroun et l'Afrique du Sud : F. Eboko, « Les sociétés africaines face au sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », in *Terroirs, revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Yaoundé, Les Grandes Editions, 2005.

²⁸ Pour une discussion sur la construction des identités politiques postcoloniales, on lira A. Mbembe, *De la postcolonie. Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Karthala, 2000. L'auteur parle de cette période comme de la postcolonie, pour analyser les « sociétés récemment sortie de l'expérience que fut la colonisation, celle-ci devant être considérée comme une relation de violence par excellence », de domination et de servitude (pp. 139-140).

pour l’Afrique du Sud, 7,8% pour le Cameroun et de 6,4% pour le Burkina Faso. Mais, la crise économique qui a frappé les pays africains à partir de la seconde moitié des années 80²⁹, a entraîné une chute drastique du revenu par habitant au Cameroun et au Burkina Faso où la dévaluation du franc CFA en janvier 1994³⁰ et l’inflation consécutive ont achevé de tempérer la demande sociale en santé publique.

Or, à partir de 1945, avec la fin de la deuxième guerre mondiale et le début de la bipolarisation Est-Ouest, l’Afrique du Sud, le Cameroun et le Burkina Faso, comme l’ensemble de pays du Sud, sont devenus le théâtre de soubresauts sociaux, politiques et économiques qui obéissent souvent à un ensemble de politiques initiées et diffusées par les puissances du Nord, lorsqu’elles ne sont

²⁹ Le milieu des années 80 est marqué par la forte étatisation des entreprises et des structures socio-sanitaires au sud. C’est l’Etat qui pourvoit tout y compris les soins de santé. En même temps, au Nord, on assiste à l’ébullition des milieux civils et associations pour conduire les Etats à inscrire la question du sida dans leurs agendas. En France, la mort du philosophe Michel Foucault des suites du sida entraîne la mobilisation des milieux gays désormais associés à la maladie et la création des premières associations de lutte contre le sida apparaît dans ce contexte en France, aux USA et au Canada et un peu plus tard, intervient la translation de ces contextes chauds en Afrique.

³⁰ Pour une discussion sur les effets de la dévaluation du FCFA dans les économies des pays d’Afrique francophone, on lira E. Kue, *Ajustement monétaire et économies africaines : les causes et les effets de la dévaluation du FCFA de 1994*, Ivry-sur-Seine, Nouvelles du Sud, 1997 ; P. Villieu, *La dévaluation du franc CFA : une perspective macro-économique*, Orléans, Institut orléanais de finance, 1996 ; B. Conte, *Éléments d’analyse de l’efficacité de la dévaluation du franc CFA*, Pessac, Centre d’économie du développement, 1995 ; C. Séblin, *Dévaluation du franc CFA : bibliographie, références et résumés*, Orsay, Centre d’observation des économies africaines, 1995.

pas volontairement intégrées sous forme de « mimétisme »³¹. De l'endettement des pays en voie de développement, le Cameroun et le Burkina Faso passent, tour à tour, à l'adhésion au programme d'ajustement structurel, la relance de la coopération Nord/Sud, la démocratisation des pays du Sud comme condition d'accès à l'aide publique au développement et, plus récemment encore, à l'éligibilité à l'initiative des pays pauvres très endettés.

La pression suscitée par ces politiques au niveau local s'est radicalisée, à partir de la seconde moitié des années 80 au moment où le VIH/Sida émerge justement sur le plan international comme problème de santé publique, avec la crise économique et, par ricochet, la crise politique. Les répercussions de la crise devaient être assez désastreuses sur la production et la mise en œuvre de l'action publique de santé avec l'irruption inattendue du VIH/Sida et ses nombreuses résistances. Si ces faits politiques sont liés à la vie publique camerounaise et burkinabé, l'Afrique du Sud, quant à elle, connaît un ensemble de difficultés d'une toute autre nature.

En effet, la radicalisation de deux sociétés raciales inégales avec d'un côté, la population blanche et de l'autre, l'immense majorité noire constitue le nœud de lecture de la société sud-africaine. Pendant les régimes successifs de l'apartheid, la population blanche vivait dans une certaine prospérité

³¹ Nous nous référons ici à une expression employée par Jean du Bois de Gaudusson et Dominique Dardon sur la création du droit en Afrique et les administrations publiques projetées. Ce concept de mimétisme tente de rendre compte d'un certain « diffusionnisme » juridique dont l'emprunt par les sociétés africaines des normes et pratiques administratives et constitutionnelles des anciennes métropoles, n'épouse pas forcément les contextes sociaux auxquels on s'oblige de les adapter. Le mimétisme génère des effets plutôt contre-productifs pour les sociétés débitrices. Voir J. du Bois de Gaudusson et D. Darbon (dir.), *La création du droit en Afrique*, Paris, Karthala, 1997.

socioéconomique grâce aux avantages de la politique de ségrégation raciale défendue par la constitution de 1967 qui leur garantissait entre autres un système d'accès à la propriété et à la distribution des biens sociaux. De l'autre côté, la population noire, fortement maintenue à la périphérie du bien être et installée dans les ghettos où se multiplient les facteurs de risque liés à la propagation du VIH/Sida³² : violence sociale, viols sur des mineurs, marchandisation du corps par un système de prostitution déguisé en relation multipartenaire³³, usage des drogues, etc.

A la faveur de l'implosion sociale liée à cette sorte de saturation soutenue par les changements soudains de rapports de force internationaux³⁴ et les exigences d'une communauté internationale désormais résolue à lutter contre les inégalités sociales et la pauvreté, l'Afrique du Sud, le Burkina Faso et le Cameroun sont obligés à se réconcilier avec les populations locales et ainsi à s'ouvrir une nouvelle aire marquée par la fin de l'apartheid et du

³² Pour une discussion sur les métaphores qui décrivent l'ambivalence de la société sud-africaine et les dynamiques du VIH/Sida en Afrique du Sud, on lira les travaux dirigés par Didier Fassin. Voir, D. Fassin, (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Op.cit.

³³ On lira l'analyse que Frédéric Le Marcis présente autour de la notion de « boy-friend » dans les rapports sociaux dans les townships sud-africains. Voir, F. Le Marcis, « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges d'un township » in Fassin D. (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Op.cit.

³⁴ Sur les conséquences de la fin de la bipolarité Est-Ouest dans les sociétés africaines, on lira M. Gazibo et al., *Les paradoxes de la démocratisation en Afrique : analyse institutionnelle et stratégique*, Montréal, Presses de l'université de Montréal, 2005 ; M. Tshiyembe, *Etat multinational et démocratie africaine : sociologie de la renaissance politique*, Paris, l'Harmattan, 2001 ; W. Breytenbach, *Democratisation in Sub-Saharan Africa : transitions, elections and prospects for consolidation*, Pretoria, Africa institute of South Africa, 1996 ; E. Chole et J. Ibrahim, *Processus de démocratisation en Afrique : problèmes et perspectives*, Paris, Karthala, 1995 ; L. Sabourin, *Perspectives de démocratisation en Afrique : obstacles et possibilités*, Montréal, Ecole nationale d'administration publique, 1995.

monolithisme politique³⁵. Dans ce cadre, le rôle des acteurs périphériques comme nouveau mécanisme relais devient de plus en plus important pour la protection et la défense de droits des citoyens, ce d'autant plus que la crise a limité les capacités redistributives de l'Etat qui doit désormais faire face à plusieurs défis longtemps étouffés par les politiques autoritaristes³⁶.

L'ordre étatique postcolonial, marqué par l'apartheid et la gestion néopatrimoniale³⁷ des administrations publiques y compris des structures de soins de santé, est remis en cause avec la libéralisation de la seconde moitié des années 90. Ce faisceau apparaît comme une fenêtre d'opportunité pour les mouvements sociaux qui devaient s'en saisir pour un double objectif : il s'agit, d'un côté, de briser la minoration du politique afin de permettre le renouvellement de l'élite politique et de l'autre, d'affaiblir le monopole de

³⁵ Voir les débats sur les transitions démocratiques en Afrique ; on lira également L. Toulou, *Des usages du multipartisme. Transitions post-autoritaires et reproduction des élites au Cameroun et au Kenya*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, Ecole doctorale de science politique de Bordeaux, Centre d'Etude d'Afrique Noire (CEAN), Bordeaux, Déc. 2005.

³⁶ On lira M.-E. Pommerolle, *A quoi servent les droits de l'homme ? Action collective et changement politique au Cameroun et au Kenya*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, Ecole doctorale de science politique de Bordeaux, Centre d'Etude d'Afrique Noire (CEAN), Bordeaux, oct. 2005.

³⁷ Nous empruntons ce néologisme aux travaux bien connus de Jean-François Médard qui montrent qu'en Afrique, les élites au pouvoir utilisent la position dominante et gèrent l'espace public comme un patrimoine personnel. Ils s'entourent ainsi des clients auxquels ils redistribuent certains avantages au gré des circonstances et des ressources attendues : lire J.-F. Médard, « L'Etat néopatrimonial en Afrique noire », in J.-F. Médard (dir.), *Etats d'Afrique noire : formation, mécanismes et crise*, Paris, Karthala, 1991.

l'Etat sur la gestion des services publics, une sorte de machine téléologique³⁸. Au Cameroun et au Burkina Faso, la pression populaire³⁹ conduit les pouvoirs publics à initier, au début des années 90, le projet de décentralisation administrative et la loi sur la liberté associative⁴⁰. A la même période, c'est-à-dire le 2 février 1990, en Afrique du Sud, le président Frederik de Klerck⁴¹ tient le discours historique par lequel il a aboli l'apartheid. Il reconnaît à cet effet, l'ANC⁴² et l'ensemble de mouvements politiques sud-africains. Les changements politiques de cette période anticipent la fluidité des enjeux sociaux à travers la promotion de réformes multisectorielles dans des sociétés où les options politiques du parti unique au Cameroun et au

³⁸ Thomas Hobbes confère à la réalité « Etat », l'image d'un géant ou d'une machine colossale. Cette perspective téléologique rejoint par ailleurs la conception interventionniste de l'Etat tout puissant. En plus, elle présente le jeu politique comme un espace de violence, de terreur et de répression. On lira T. Hobbes, *Léviathan : traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, Paris, Sirey, 1971.

³⁹ Voir R. Otayek et al., *Les sociétés civiles du Sud. Un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*, Paris, Direction générale de la coopération internationale et du développement, Ministère des Affaires étrangères, 2004.

⁴⁰ Au Cameroun, ce fut le rôle de la rencontre tripartite convoquée par le Président Paul Biya sous la direction du Premier Ministre Sadou Ayatou. La rencontre tripartite a signé l'acte de naissance de la société civile au Cameroun. Voir, J. Gatsi, *La société civile au Cameroun*, Yaoundé, Presses Universitaires d'Afrique, 2000.

⁴¹ Frederik de Klerck, Président de l'Afrique du sud de 1987 à 1994, est présenté comme celui qui a aboli la politique de l'apartheid fondée sur un ensemble de régimes successifs raciaux, à la faveur de son discours du 02 février 1990 et la libération de Nelson Mandela, le 11 février 1990. A partir de là, l'ANC et les autres mouvements politiques ont été autorisés en Afrique du sud. Nous reviendrons sur les aspects politiques et juridiques du nouveau cadre d'exercice du pouvoir créé par la fin de l'apartheid. On lira le dossier de l'Unesco à cet effet. Voir, *Apartheid : chronique d'une fin annoncée*, Paris, Unesco, 1992.

⁴² Aujourd'hui, l'ANC (African National Congress) gouverne l'Afrique du Sud dans une sorte d'alliance tripartite qui, malgré de très fortes dissensions, réunit également le SACP (South African Communist Party) et la COSATU (Congress of South African Trade Union). A ce sujet, on lira A. Feinstein, *After the party : a personal and political journey inside the ANC*, Johannesburg, Jonathan Ball, 2007; M. Séverin, *Les réseaux ANC (1910-2004): histoire politique de la constitution du leadership de la nouvelle Afrique du Sud*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, Ecole doctorale de science politique, Centre d'Etude d'Afrique Noire (CEAN), Bordeaux, oct. 2007 ; S. Ellis and T. Sechaba, *Comrades against apartheid : the ANC and the South African Communist Party in exile*, London, James Currey, 1992.

Burkina Faso et de l'apartheid en Afrique du Sud, ont profondément marqué, orienté et guidé les besoins et les valeurs dans plusieurs secteurs de la vie sociale et de l'action publique.

Les contours de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida avec dans ce cadre, l'importante participation des acteurs collectifs, sont liés à une profonde mutation de l'environnement économique mondial avec la chute de prix des principaux produits d'exportation et la création des grands marchés régionaux et internationaux. Ces phénomènes macroéconomiques affectent fortement les discours et les pratiques d'acteurs locaux. En ce sens, ils réduisent largement la marge de manœuvre des acteurs politiques locaux dont l'action est justement liée à cette sorte de magnanimité qui voudrait que seules les ressources matérielles de l'Etat puissent soutenir leurs capacités de redistribution des biens publics⁴³. La réduction de cette marge de manœuvre a donc pour effet immédiat d'affecter précisément leur discours et leurs pratiques.

Le Cameroun et le Burkina Faso sont deux pays aux économies extraverties et rentières. La ligne budgétaire de l'Etat y est essentiellement constituée par les recettes issues de l'exportation des matières premières minières et agricoles. Ainsi, la crise économique engendre de fait une crise politique, surtout dans un contexte politique local pour lequel les insuffisances institutionnelles sont adoucies par la tendance des entrepreneurs politiques locaux, comme le montre le club du Sahel à propos des Etats d'Afrique de l'Ouest, « à investir

⁴³ J.-P. Olivier de Sardan, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », in *Autrepart*, n°20, Paris, IRD/Armand Colin, 2001, pp. 61-73.

et à orienter les fonds publics dans la productivité politique plutôt qu'économique : dépenses militaires exorbitantes, structures des salaires gouvernementaux déconnectées des réalités financières nationales »⁴⁴.

De nouvelles contraintes budgétaires s'imposent donc à l'Etat qui ne peut plus accroître l'aide publique au même rythme que par le passé. Les investissements publics sont désormais réduits dans les secteurs sociaux alors que les besoins s'accroissent non pas seulement avec l'épidémie de VIH/Sida mais aussi et surtout pour deux raisons : d'une part, on assiste à cette même période à une croissance démographique constante⁴⁵ et non encadrée au moment où les populations actives sont touchées par une épidémie de la mort⁴⁶ et de l'autre côté, les politiques tarifaires préférentielles qui protégeaient les producteurs et les marchés du sud s'effondrent⁴⁷.

Dans le secteur de la santé, cette situation s'est traduite par l'inadaptation des infrastructures sanitaires et la dégradation de la qualité des soins de santé surtout face à la propagation quasi rapide de l'épidémie de VIH/Sida : manque de politiques et de moyens adéquats pour accumuler au niveau national, les connaissances des dynamiques de l'épidémie ou pour améliorer

⁴⁴ S. Fass et alii, *Démocratie et participation politique au Sahel : la place de l'éducation*, Paris, OCDE-Club du Sahel-CILSS, 1995, p.1.

⁴⁵ On lira, B. Ferry, *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Paris, Karthala, 2007 ; J.-M. Ela et A.-S. Zoa, *Fécondité et migrations africaines, les nouveaux enjeux*, Paris, l'Harmattan, 2006 ; J. Boute et S. D'Souza, *Population et pauvreté aujourd'hui : les enjeux d'un développement intégral*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2004.

⁴⁶ On lira, J. Hayem, Op. cit.; F. Lisk, Op. cit.

⁴⁷ D. Perrot, *Les relations ACP/UE après le modèle de Lomé : quel partenariat ?* Bruxelles, Bruyant, 2007.

la prévention et la prise en charge sociale de personnes vivant avec le VIH/Sida, un accès aux soins très restreint voire inexistant, une stigmatisation sociale très violente à l'égard des malades, etc⁴⁸.

Dans ce contexte, l'usager des services publics de santé est assimilé à un vulgaire mendiant⁴⁹, ce d'autant plus que la nouvelle bourgeoisie africaine qui se dessine au voisinage des pouvoirs politiques locaux, de la fonction publique internationale et des milieux d'affaires privés, s'attache les services de quelques particuliers en matière de santé⁵⁰.

Ainsi donc, pour faire fonctionner ses structures socio-administratives, l'Etat jusqu'ici seul compétent pour satisfaire les attentes des collectivités publiques à cause de ses prérogatives très étendues sur la Cité, est de plus en plus obligé de recourir à l'aide extérieure. Malgré cette aide, le traitement de fonctionnaires⁵¹ ne s'améliore pas, accumulant certaines frustrations dont l'expression demeure l'usage des moyens illégaux d'enrichissement

⁴⁸ Nous nous référons aux travaux de Marc-Eric Gruénais et de Alice Desclaux (revoir les notes de lecture).

⁴⁹ On lira les travaux de J.-P. Olivier de Sardan, « *La Sage femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest* », in *Autrepart*, n°20, Paris, IRD/Armand Colin, 2001, pp.61-73.

⁵⁰ Voir, G. Blundo et J.-P. Olivier de Sardan, « *La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest* » in *Politique Africaine*, n°83, Paris, Karthala, 2001, pp.8-37.

⁵¹ A ce sujet, on peut se référer à l'opération de *titrisation* des fonctionnaires initiée par le gouvernement camerounais pour faire face aux arriérés de salaires accumulés dans la fonction publique.

personnel telle la marchandisation⁵² de services de santé publique. Le recrutement des jeunes diplômés en médecine se trouve quant à lui gelé compte tenu du programme d'ajustement structurel ou d'autres initiatives de réformes politico-administratives auxquelles sont soumis les pays du Sud par les institutions financières de Bretton Woods.

Sur le plan juridique, de multiples instruments internationaux et régionaux dont l'Afrique du Sud, le Burkina Faso et le Cameroun sont parties ont, à partir de 1948, exprimé de façon explicite le droit à la santé comme droits fondamentaux et inaliénables de l'individu : la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981, la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, etc. Avec la fluidité sociale entraînée par l'ouverture du jeu politique postapartheid et post-autoritaire au début des années 90, les acteurs et les réseaux sociaux qui enrichissent le courant qu'il est désormais convenu de

⁵² Pour consolider la théorie de la *marchandisation* des services publics, nous pouvons citer le Cameroun et y évoquer l'importance prise ces dernières années par le phénomène de corruption au sein de l'administration publique en général et des services de santé en particulier. Il relève actuellement d'un miracle de se faire servir dans un délai requis, dans les services hospitaliers, sans verser de l'argent, en contre partie directe, au personnel de santé qui est censé s'occuper de votre dossier. Cette manœuvre financière est un préalable à l'accès aux soins et au paiement des honoraires officiels. Ces conclusions ont été confirmées par d'autres enquêtes que nous avons réalisées dans les services hospitaliers sous la direction de Jean-Pierre Olivier de Sardan à Niamey et de Jean-François Médard à Yaoundé.

nommer par « la société civile locale »⁵³, découvrent que l'application de ces instruments a une incidence importante sur l'état de la santé, surtout dans le contexte de nouveaux défis issus de la banalisation et de la stigmatisation sociale des victimes du VIH/Sida.

Le caractère éclaté de cet environnement et ses effets sur la gouvernance rendent le secteur de la santé publique particulièrement intéressant à étudier dans la perspective de l'analyse de l'action publique qui reconsidère les dynamiques de contrôle de l'épidémie de VIH/Sida. Ce d'autant plus que les contours et les dynamiques de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida mettent en lumière une recomposition du jeu politique avec l'émergence très remarquée d'acteurs collectifs. Dans un propos introductif, Paul-Gérald Pougoué⁵⁴ essaie de mettre en évidence cet état de chose en soulignant que l'Etat contemporain ne parvient plus à protéger les citoyens et laisse ainsi un

⁵³ Pour une discussion sur la société civile en Afrique, on lira C. Allen, « *Who Needs Civil Society ?* » in *Review of African Political Economy*, vol.24, n°73, Sept.1997, pp.329-337 ; Jean-François Bayart, « *Civil Society in Africa* » in P. Chabal (ed.), *Political Domination in Africa*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986, pp.109-125 ; T. Bierschenk, J.-P. Chauveau et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *Courtiers en développement, Les villages africains en quête de projets*, Paris, Karthala, 2000 ; M. Bratton, « NGOs in Africa : Can They Influence Public Policy ? », *Development and Change*, vol.21, n°1, Jan. 1990, pp.87-118 ; R. Fatton, « Africa in the Age of Democratization : the Civic Limitations of Civil Society », *African Studies Review*, vol.38, n°2, Sept.1995, pp.67-99 ; M. Kamto, « Les rapports Etats-société civile en Afrique », *Afrique 2000*, nov.1999, pp.47-52 ; C. Monga, « Civil Society and Democratisation in Francophone Africa », *Journal of Modern African Studies*, vol. 33, n°3, 1995, pp.359-379 ; R. Otayek, « 'Vu d'Afrique'. Société civile et démocratie. De l'utilité du regard décentré », *Revue internationale de politique comparée*, vol.9, n°2, 2002, pp.193-212 ; R. Otayek et al., *Les sociétés civiles du Sud. Un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*, Op.cit. ; D. Rotchild and N. Chazan (eds.), *The Precarious Balance : State and Society in Africa*, Boulder, Westview Press, 1988 ; T. M. Shaw, « Popular Participation in Non-Governmental Structures in Africa : Implications for Democratic Development », *Africa Today*, vol.37, n°3, 1990, pp.5-22 ; J. Gatsi, *La société civile au Cameroun*, Yaoundé, Presses Universitaires d'Afrique, 2000.

⁵⁴ P.-G. Pougoué, in D. Maugenest et J. D. Boukongou (dir.), *Vers une société de droit en Afrique centrale*, Yaoundé, Presses de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, 2001.

espace dans lequel les organisations de la société civile s'engouffrent peu à peu. Cette nouvelle donne est le fait de plusieurs avatars qui, bien qu'ayant quelques similitudes d'un pays à l'autre, reflètent les contextes particuliers de chacun des pays étudiés. Aussi, quels en sont les acteurs, les controverses et les dynamiques ? Telle est la question de départ de cette étude.

2. Les acteurs politiques et associatifs dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida

Il y a un peu plus de vingt cinq ans lorsque l'épidémie du VIH/Sida apparaissait dans cette petite communauté d'homosexuels de Chicago, aux Etats-Unis, l'humanité était loin de penser à une crise épidémiologique aux conséquences aussi profondes sur les structures sociales et les dynamiques politico-administratives encore en construction dans les pays en développement. Comme le rappelle Didier Fassin, « l'épidémie du VIH/Sida n'est pas la première crise épidémiologique mondiale mais avec elle, on voit pour la première fois un ensemble de mobilisations se dessiner au Nord comme au Sud, à travers de vastes campagnes communes de prévention et d'accès aux traitements, conduites par les organisations non gouvernementales, les institutions internationales et de nombreuses administrations publiques nationales »⁵⁵.

Sur le plan théorique et méthodologique, cette posture engendre

⁵⁵ Dans sa communication à la 4^{ème} Conférence Francophone sur le VIH/Sida (Paris, du 29 au 31 mars 2007), Didier Fassin soulignait que l'histoire ne manque pas d'exemples de pandémies ayant marqué son cours depuis la crise de la peste au Moyen-âge à l'urgence du choléra au 19^{ème} siècle.

incontestablement des interrogations à l'analyse politique ou plus exactement à l'analyse de l'action publique. On y voit émerger un ensemble d'acteurs non élus qui opèrent sur la scène de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Ces acteurs souvent considérés à l'interface entre le pouvoir politique et la société globale s'érigent de fait en acteurs de pouvoir sanitaire⁵⁶. Ils élaborent et mettent en œuvre l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, tout en interprétant et en donnant sens à l'épidémie, etc. En un sens, l'Etat sanitaire en Afrique n'est plus un Etat wébérien capable d'avoir le monopole de l'action légitime sur la lutte contre le VIH/Sida⁵⁷.

A partir de ces types d'entrées, le VIH/Sida rend incompréhensible les perspectives institutionnalistes et administrativistes statocentrées qui réduisent la production et la mise en œuvre de l'action publique à la seule action de l'Etat⁵⁸. Ces dernières années, les dynamiques collectives et leurs répertoires d'action ont investi l'espace public, se substituant parfois aux politiques gouvernementales (quelquefois) controversées⁵⁹. De fait, la juxtaposition de ces deux niveaux d'action – désormais légitimes – constitue un prisme capable de renseigner sur les processus de désétatisation de

⁵⁶ R. Masangana Diamako, *Le Guide de l'action politique : comment orienter l'action politique en Afrique*, Bruxelles, Girah Asbl, 2000.

⁵⁷ Lire E. Gauvrit, *Etat, crises et sida*, Mémoire de DEA en science politique, IEP de Bordeaux, 1993.

⁵⁸ Revoir les notes de lecture sur les analyses de Jean-Claude Thoenig sur la différenciation action publique et politiques publiques et sa préférence sur celle-là plutôt que sur celles-ci.

⁵⁹ Il faut ici rappeler le caractère controversé de politiques antisida en Afrique du Sud et les effets de cette controverse sur les rapports de force à l'intérieur des mobilisations partisans et entre les acteurs politiques et les réseaux de la société civile sud-africaine.

l'espace public⁶⁰ antisida. Elle met, par ailleurs, en évidence la difficulté de la théorie classique de la puissance publique dans les sociétés africaines traversées par un paradoxe constitutionnel pour le moins inobservé ailleurs : on y assiste d'un côté, à la forte étatisation des systèmes de santé hérités de la colonisation et de l'autre, à l'irruption des acteurs privés dans l'action publique. Ceux-ci sont portés par les translations Nord-Sud et la conjoncture des débats politiques internationaux plutôt favorables à l'émergence des pôles non politiques pour sortir des impasses⁶¹ du politique en Afrique. En Afrique du Sud, elles ont inondé et façonné l'espace public de VIH/Sida de 1982 à 2003 alors que l'Etat se distinguait au cours de cette période par cette sorte de « dissidence active » analysée par Fred Eboko⁶².

Sur le plan local, ces acteurs négocient presque d'égal à égal avec l'Etat alors que sur le plan international, ils tentent parfois de lui faire ombrage en participant à toute sorte de négociations internationales. Sous ce rapport, le domaine de services publics, traditionnellement rattaché aux entreprises de domination légitimes et pour cela, réservé aux seuls entrepreneurs politiques

⁶⁰ Sur les dysfonctionnements de l'Etat et de son appareillage administratif en général et les stratégies populaires de contournement de l'Etat, il n'est pas inutile de lire les travaux de J.-M. Ela, *Quand l'Etat pénètre en brousse : les ripostes paysannes à la crise*, Paris, Karthala, 1990.

⁶¹ A ce sujet, on pourra lire les travaux de Bertrand Badie sur les nouvelles configurations des relations internationales avec l'émergence d'autres acteurs à côté de l'Etat, acteur majeur et classique des relations internationales : voir B. Badie, *La fin des territoires : essai sur le désordre international et sur l'utilité sociale du respect*, Paris, Fayard, 1995 ; *Un monde sans souveraineté : les Etats entre ruse et responsabilité*, Paris, Fayard, 1999 ; avec M.-C. Smouts, *Le retournement du monde : sociologie de la scène internationale*, Paris, Dalloz, 1999 ; voir également A. Colonomos, *Sociologie des réseaux transnationaux : communauté, entreprise et individus : lien social et système international*, Paris, L'Harmattan, 1995.

⁶² F. Eboko, « Les sociétés africaines face au sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », in *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Yaoundé, Les Grandes Editions, 2005, pp.59-65.

qui se voyaient reconnaître l'attribut d'autorités publiques productrices de l'action publique, s'ouvre à la participation concurrentielle des « acteurs venus d'ailleurs ». Ces derniers, à l'exemple de la TAC⁶³ et de AAS⁶⁴, disposent désormais de marges de manœuvre suffisantes et de ressources souvent exogènes pour produire et gérer l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Ainsi conçu, le VIH/Sida devient le lieu de convergence et parfois de concurrence des « capacités à résoudre les problèmes »⁶⁵ de gouvernance quotidienne et autorise une théorie du politique inclusive de l'analyse de nouveaux pôles d'exercice du pouvoir, par le biais des dynamiques collectives.

La configuration des réseaux d'acteurs engagés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun montre que le prisme électif classique sur lequel repose la domination légitime confronte aujourd'hui un nouveau prisme avec l'intervention croissante de nombreux acteurs non élus sur les objets politiques et les choix collectifs en se fondant sur les pratiques participatives plus ou moins instituées. Certes, les travaux socio-historiques de Pascale Laborier et Danny Trom sur la production des politiques publiques⁶⁶ montrent que le constat de la participation⁶⁷ d'acteurs non gouvernementaux à l'action publique n'est

⁶³ La TAC, Treatment Action Campaign est, à côté de la National Association of People With AIDS (NAPWA), l'une des principales associations de lutte contre le Sida en Afrique du Sud intéressée par nos enquêtes de terrain. Nous y avons séjournés pendant plusieurs mois.

⁶⁴ AAS, Association African Solidarité est l'une des grosses figures sociales de lutte contre le Sida au Burkina Faso. Nous y reviendrons dans nos prochains développements.

⁶⁵ F. Scharpf, *Gouverner l'Europe*, Presses de Sciences Po, 2000.

⁶⁶ P. Laborier et D. Trom, *Historicités de l'action publique*, Paris, PUF, CURAPP, 2003.

⁶⁷ Revenir sur les hypothèses de B. L. Smith.

pas un phénomène nouveau. Mais, dans les pays en transition démocratique⁶⁸ et même en transition postapartheid, il a pris une ampleur justement à la faveur de ces transitions telle qu'il devient nécessaire d'y réfléchir pour ne pas céder à la normativité d'un discours qui renvoie souvent aux mythes du changement social en Afrique⁶⁹.

A côté de ces premières préoccupations sur la définition des acteurs engagés dans la production de l'action publique, l'analyse s'intéresse également à d'autres écueils épistémologiques : comment définir l'action publique dans ces contextes ? Comment émerge-t-elle ? Quelles sont ses origines ? En quoi cette approche peut-elle éclairer les réponses à l'épidémie de VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun ?

En général, l'analyse des politiques publiques – non pas celle de l'action publique – se construit sur les crises successives de l'Etat moderne : la crise de l'Etat providence ou de la gouvernabilité des problématiques sociales⁷⁰. Bien que l'épidémie de VIH/Sida constitue une crise majeure à la gouvernance et l'administration de l'action publique en Afrique, ces approches y semblent encore peu pertinentes au regard du contexte peu démocratique du continent. Car, l'analyse des politiques publiques ne serait possible que dans les sociétés

⁶⁸ Lire S.K. Mitra, *Power, Protest and Participation. Local Elites and the Politics of Development in India*, London, Routledge, 1992; G. Albo & alii, *A different Kind of State? Popular Power and Democratic Administration*, Oxford, Oxford University Press, 1993; L. Avritzer, *Democracy and the Public Space in Latin America*, Princeton, Princeton University Press, 2002.

⁶⁹ B. Jouve et P. Booth (dir.), *Démocraties métropolitaines. Transformation de l'Etat et politiques urbaines au Canada, en France et en Grande Bretagne*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2004.

⁷⁰ G. Rocher, *Introduction à la sociologie, Tome I : l'action sociale*, Paris, Seuil, 1968.

démocratiques, c'est-à-dire dans un contexte où les réseaux et les statuts d'acteurs sont constitutionnellement lisibles.

Cependant, cette perspective plutôt marquée par une certaine fiction de l'Etat « achevé », oublie le contexte de transitions ou de recomposition des arènes politiques avec l'émergence des conditions et des dynamiques du changement⁷¹. Ces dernières constituent de fait, autant d'opportunités pour l'irruption de nouveaux acteurs et innovations que la conception classique de la puissance publique refuse d'intégrer.

Cette attitude statocentrée manifeste par ailleurs une souffrance épistémologique fortement liée à un trop plein d'institutionnalisme et d'étatisme qui ne prend pas en compte les autres acteurs sociaux désormais présents dans la fabrication des objets politiques⁷², au-delà de la rigidité de l'Etat classique par ailleurs introuvable dans certains pans de la société en Afrique⁷³. Par ailleurs, si le fonctionnement de l'Etat est peu démocratique, en serait-il autant pour les acteurs non institutionnels ? Ces acteurs, par ailleurs, très connectés aux flux de relations exogènes ne sont-ils pas porteurs d'innovations au point d'influer sur les logiques institutionnelles

⁷¹ M. Bratton, « NGOs in Africa: Can They Influence Public Policy? », *Development and Change*, vol.21, n°1, Jan. 1990, pp.87-118.

⁷² Voir J. Clark, « The State, Popular Participation, and the Voluntary Sector », *World Development*, vol.23, n°4, 1995, pp.593-601; M. Edwards and D. Hulme (eds), *Non-Governmental Organizations: Performance and Accountability Beyond the Magic Bullet*, London, Earthscan, 1996.

⁷³ On lira la critique de Jean-Pierre Olivier de Sardan sur l'essayisme qui caractérise à ses yeux les études africanistes sur l'Etat africain. Voir J.-P. Olivier de Sardan, « Etat, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique », in *Politique Africaine*, n°96, Paris, Karthala, déc.2004, pp.139-162.

statocentrées et induire des changements politiques ? Ces difficultés nous conduisent à préférer les développements proposés par le concept de « l'action publique » plutôt que celui de « politiques publiques » :

« L'emploi du terme 'action publique' marque un changement de perspective par rapport au domaine de savoir des sciences sociales consacré, dit des 'politiques publiques'. Face à une vision inspirée par la primauté accordée à l'impulsion gouvernementale, à l'action de l'Etat, et aux interventions des autorités publiques, on indique par ce renversement, le choix d'une approche où sont prises en compte à la fois les actions des institutions publiques et celles d'une pluralité d'acteurs, publics et privés, issus de la société civile comme de la sphère étatique, agissant conjointement, dans des interdépendances multiples, au niveau national mais aussi local et éventuellement supranational, pour produire des formes de régulation des activités collectives, par exemple dans les domaines du développement économiques, de l'emploi, de l'environnement, de la santé, de l'éducation, de la culture, etc., mais également dans ceux qui relèvent de l'exercice des fonctions régaliennes (justice, police, etc.) »⁷⁴.

Sous ce rapport, à côté de l'analyse des réseaux institutionnels de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, cette étude interroge également les nouveaux phénomènes associatifs de contournement et d'évitement des gouvernants et de leur légitimation traditionnelle par diverses formes d'entrée d'acteurs intermédiaires observés dans différents contextes sociopolitiques. Elle s'intéresse particulièrement aux possibilités d'analyser les questions soulevées par l'épidémie de VIH/Sida à la lumière de l'action publique en montrant pourquoi elle devait interpeler ou non les acteurs

⁷⁴ Jaques Commaille, « Sociologie de l'action publique », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, p.413.

politiques locaux ; quels sont les réseaux qui ont pu décoder et recoder les signaux de l'épidémie ; comment s'est opéré ce passage du biomédical au politique ; quels sont les intérêts mis à l'avant dans le jeu configuré d'acteurs de tout bord. La principale question qu'elle pose se situe aux confluences d'une double articulation : « pourquoi et comment le VIH/Sida devait-il être (re) considéré comme un objet (de) politique ».

La première bretelle « pourquoi » est navigable à partir des eaux qui renvoient, comme par une certaine sociologie de l'action publique, à l'analyse de la longue construction du VIH/Sida en tant que problème politique ; en ce sens, elle permet d'analyser l'ensemble de dynamiques et de controverses ayant abouti à la prise en compte du fait social du VIH/Sida dans les mécanismes de décisions politiques. La seconde bretelle « comment » veut, quant à elle, à partir de la sociologie des acteurs et des institutions, rendre compte de mécanismes et répertoires mis en place par l'ensemble de logiques en action pour y répondre. Au regard à la fois de cette confluence et de travaux jusqu'ici disponibles, une troisième bretelle a été ouverte pour tenter d'analyser les changements politiques induits par les nouveaux rapports de force issus de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

Ces questions sont analysées à partir d'un travail comparatif pour le moins courageux et ambitieux mais dont les digues sont soutenues par le long monitoring du terrain, d'observations, de discussions et de rencontres avec les acteurs concernés, les chercheurs et les séropositifs en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun et aussi par la simple intuition du navigateur à sélectionner, dans ce tourbillon, les vagues les moins ombrageuses.

Quatre hypothèses rendent compte des orientations finalement définies en guise de digues de sécurité :

A. Légitimité élective et légitimité représentative : La norme démocratique classique, symbolisée par la légitimité élective et la séparation constitutionnelle des pouvoirs, est encore partagée dans ces trois pays, comme principal mode d'accès au politique et à l'exercice du pouvoir légitime de production de biens et services publics. Mais, elle est largement concurrencée par d'autres formes d'entrée plus participatives et revendicatives⁷⁵, fondées sur un ensemble de légitimations de types « communautaire »⁷⁶ et/ou « experte »⁷⁷.

B. Autonomisation, médiation et interactions : Le niveau d'autonomisation des acteurs de la société civile reste à tout point de vue tributaire de la nature de l'Etat. Dans les Etats « mous » ou « fragiles » mais encore autoritaire sur le plan politique, tels que le Cameroun et le Burkina Faso, les dynamiques des organisations de la société civile se connectent très vite aux ressources exogènes qui leur permettent de contourner l'Etat « local » ou de l'ignorer en conduisant des politiques de lutte contre le VIH/Sida qui échappent à son contrôle (Etat). Par contre, dans les Etats relativement interventionnistes mais relativement « démocratiques » comme l'Afrique du Sud, les organisations de la société civile bénéficient des ressources endogènes dont le mode de redistribution est prévu par la loi et agissent à travers les réseaux de médiation plus ou moins institués pour accabler le gouvernement de demandes afin d'obtenir l'inscription d'une question liée au VIH/Sida sur l'agenda politique.

⁷⁵ Cette logique renseigne sur les nouveaux paradigmes des mobilisations collectives avec en corollaire l'entrisme des « publics » et non plus des « cibles » d'une action publique.

⁷⁶ Cette légitimation se fonde sur la logique des ressortissants, analysée par Jean Claude Toening et sur laquelle nous reviendrons. Il s'agit en l'occurrence de voir comment les personnes concernées, à l'instar du slogan « soyons tous séroconcernés », investissent le champ du sida en créant des dynamiques propres aux personnes infectées ou affectées.

⁷⁷ C'est une légitimation qui se fonde sur les connaissances acquises dans un domaine précis. Il en va d'un médecin qui crée une association de lutte contre le sida ou d'un juriste qui crée celle de défense des droits de l'homme, etc.

C. Coopération sanitaire internationale et mobilisations locales :

La maîtrise de l'épidémie du VIH/Sida au niveau national est en grande partie mathématiquement tributaire du niveau d'adhésion ou d'implémentation des politiques internationales au lendemain de la découverte de l'épidémie. Autrement dit, le tableau épidémiologique actuel des trois pays sur lesquels porte cette étude montre que le niveau de l'épidémie reflète l'ensemble de mobilisations politiques qui ont accompagné la mise en œuvre des politiques internationales de lutte contre le VIH/Sida en Afrique. Les politiques publiques formulées par les organisations internationales ont connu des appropriations très différenciées en Afrique entre une « participation active » du Burkina Faso, une « adhésion passive » du Cameroun et une « dissidence active » de l'Afrique du sud⁷⁸.

D. Criminalisation, clientélisme et patrimonialisation : Les avantages symboliques (et mêmes matériels) engendrés par la lutte contre le VIH/Sida semblent avoir généré une réalité hybride : d'un côté, les pouvoirs publics veulent en contrôler les ressources ; de l'autre, les acteurs de la société civile semblent progressivement développer des entreprises paradoxales de « criminalisation » de ce champ d'action en reproduisant exactement les attitudes des gouvernants : repositionnement individuel, usage de biais concurrentiels à l'intérieur du mouvement associatif, redistribution « clientéliste » des avantages du militantisme associatif, émergence des inégalités dans l'accès aux médicaments antisida, etc.

3. L'Afrique du Sud, le Burkina Faso et le Cameroun dans une perspective comparée⁷⁹

Une comparaison sur trois pays paraît largement ambitieuse pour une thèse, surtout lorsqu'il s'agit de faire usage de méthodes participatives avec de

⁷⁸ Pour commenter ces notions, nous reviendrons sur les travaux de Fred Eboko qui ont exposé ces classifications.

⁷⁹ Voir en annexe les cartes et les notes de présentation de ces trois pays.

séjours de terrain dans ces trois pays si éloignés les uns des autres et sur un objet peu fréquenté par la science politique africaniste. A mi-chemin entre l'étude de cas et des analyses croisées, la comparaison entre l'Afrique du Sud, le Burkina Faso et le Cameroun offre l'avantage de mettre en évidence ces trois pays en avivant l'intérêt pour chacun d'eux et ainsi, d'un point de vue épidémiologique, de préciser le statut des dynamiques structurelles et constitutives à l'œuvre dans les processus de production de modèles nationaux de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida⁸⁰. Selon Mattei Dogan et Dominique Pelassy, ce type de comparaison « concerne de préférence des pays présentant des analogies fondamentales, même si l'objectif de l'analyse est de mettre en évidence des différences dans un ou plusieurs domaines »⁸¹.

Aussi, loin d'être fantaisiste et arbitraire dans le choix de situations à comparer, notre démarche s'appuie sur une dynamique très sélective des objets à analyser et de leurs usages, en brassant précisément les indicateurs les plus significatifs et dont les résultats pourraient permettre d'une part, de formuler des hypothèses sur les conditions d'échec ou de réussite de politisation de VIH/Sida dans les contextes nationaux étudiés et de l'autre, de mieux comprendre les systèmes de régulation de ces politiques et les jeux des acteurs engagés dans leur gouvernance. Ce qui permet principalement de dépasser deux modèles d'interprétation : le modèle de la tour de Babel

⁸⁰ Olivier Giraud & Monika Steffen (Animateurs), Introduction de l'Atelier 30 : « Les méthodes de la comparaison internationale en matière de politiques publiques et d'action publique », 8^{ème} Congrès de l'Association Française de Sciences Politiques. Voir : http://sites.univ-lyon2.fr/congres-afsp/article.php3?id_article=79

⁸¹ M. Dogan et D. Pelassy, *Sociologie politique comparative : problèmes et perspectives*, Paris, Economica, 1988, p.129.

défendu par les tenants de ce qu'on a coutume d'appeler « les Afriques »⁸² et le modèle des frères siamois qui, en revanche, soutient l'idée d'une « mêmeté » de trajectoires dans les sociétés africaines. Pour les premiers, la comparaison n'est envisageable que si elle insiste suffisamment sur les différences d'un pays à l'autre ou, au sein d'un même pays, lorsqu'elle analyse les distinctions d'une région à une autre, alors que les seconds comprennent la comparaison comme un modèle d'uniformisation qui met l'accent sur les caractéristiques les plus communément partagées par les situations à étudier. Pourtant, ces différences comme ces ressemblances renferment à la fois des éléments de comparaison car, « comparer, c'est à la fois assimiler et différencier par rapport à un critère »⁸³.

Dans ce contexte, comment avons-nous sélectionné les situations nationales et leurs facteurs discriminants pour ne pas laisser place à l'arbitraire ? Nous avons en effet choisi d'articuler en les croisant, certains facteurs qui ne sont pas a priori liés à l'étude mais qui sont capables d'être saisis comme autant d'éléments déclencheurs du système explicatif voulu pour notre analyse, de sorte qu'ils soient suffisamment remarquables pour rendre compte individuellement de chaque cas de la comparaison et suffisamment complets pour transcender chacun de cas nationaux analysés.

Le Cameroun constitue, de ce point de vue, la charnière entre le Burkina Faso et l'Afrique du Sud et ce, à plusieurs niveaux. Sur le plan économique, si

⁸² D.-C. Martin et C. Coulon (dir.), *Les Afriques politiques*, Paris, La Découverte, 1991.

⁸³ G. Sartori, « Bien comparer, mal comparer », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.1, n°1, avril 1994, p.23.

l’Afrique du Sud est aujourd’hui le géant du continent africain, le Burkina Faso en est au contraire l’un des pays les plus pauvres et le Cameroun, la médiane. Sur le plan épidémiologique, ces trois pays représentent la situation telle qu’elle apparaît sur la cartographie de l’épidémie en Afrique : en Afrique du Sud la séroprévalence continue d’augmenter ; au Burkina Faso, elle se stabilise alors qu’au Cameroun, elle recule considérablement à l’échelle nationale⁸⁴. Sur le plan géographique, le Cameroun (en Afrique centrale) a une position stratégique dans le golf de Guinée qui le met à mi-chemin entre le Burkina Faso (en Afrique de l’Ouest) et l’Afrique du Sud (en Afrique australe). Sur le plan culturel et linguistique, grâce à son histoire coloniale hybride, le Cameroun est un pays à double héritage francophone et anglophone. Comme tel, sur le plan institutionnel et politique, il se retrouve avec le Burkina Faso dans les instances de la Francophonie et avec l’Afrique du Sud au sein du Commonwealth. Sur le plan de registres et de logiques d’action, les dynamiques des organisations de la société civile du Cameroun oscillent entre les approches par le droit développées par les associations sud-africaines et celles plus anthropologiques des associations burkinabé.

⁸⁴ La diversité de tendances de l’infection à VIH est considérable sur le continent africain à trois niveaux : au niveau de la couche sociale infectée : dans six pays, la prévalence du VIH chez l’adulte est inférieure à 2%, alors que dans six autres, elle dépasse 20%. Les femmes sont plus exposées au risque et l’infection survient chez elles à un âge plus jeune que chez les hommes : en 2003, on compte en moyenne 13 femmes infectées pour 10 hommes infectés. La différence est encore beaucoup plus marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans : le ratio s’établit entre 20 femmes pour 10 hommes en Afrique du Sud et 45 femmes pour 10 hommes au Kenya et au Mali ; au niveau des configurations régionales : les sept pays d’Afrique australe connaissent tous des taux de prévalence supérieurs à 17%, le Botswana et le Swaziland atteignant une prévalence dépassant 35%. En Afrique de l’Ouest, la prévalence du VI est beaucoup plus faible : aucun pays ne connaît une prévalence supérieure à 10% et la plupart d’entre eux se situent entre un et cinq pour cent. La prévalence dans les pays d’Afrique centrale et orientale se situe entre ces deux groupes, de 4% à 13% ; au niveau national, elle varie d’une ville à l’autre. Voir : Onusida, *Rapport sur l’épidémie mondiale du sida en 2004*, Genève, Juillet 2004 ; voir également, F. Eboko, *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Thèse de doctorat en science politique, IEP de Bordeaux, 2002.

4. La production des données : la méthode et les méthodes

Les problématiques de l'action publique, aussi diverses et variées soient-elles, préoccupent les décideurs politiques, les entrepreneurs privés ainsi que les équipes de recherche et l'ensemble des citoyens⁸⁵. Les acteurs politiques et les entrepreneurs privés attendent d'elles des révélations techniques pour les décisions et les actions capables de répondre avec efficacité aux défis de l'épidémie. Les équipes de recherche, quant à elles, s'en saisissent pour induire des comportements et des pratiques politiques nouveaux. La question de l'épidémie de VIH/Sida apparaît dans cette dynamique comme un phénomène social dont le traitement politique nécessite des ressources intellectuelles, financières, humaines et technologiques considérables : 90%⁸⁶ de personnes vivant avec le VIH⁸⁷ se trouvent dans les pays en développement ; 70%⁸⁸ d'entre elles vivent en Afrique⁸⁹ subsaharienne alors que, cette région n'abrite que 10% de la population du globe. Les données

⁸⁵ On lira S. de Haro, *Le sida en Afrique. Des réponses associatives*, Toulouse, Les Essentielles Milan, 2003.

⁸⁶ Pour ces chiffres, voir E. Cameron in Walker et al. (dir.), *Waiting to Happen-Hiv/Aids in South Africa*, London, Lynne Rienner Publishers, 2004.

⁸⁷ Le VIH comme virus de l'immunodéficientaire humain responsable de l'épidémie du sida.

⁸⁸ Estimation de l'Onusida : *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, Genève, juillet 2004.

⁸⁹ Cette étude concerne l'Afrique du sud, le Burkina Faso et le Cameroun. Mais, compte tenu de la similitude des situations en matière des politiques publiques de santé en Afrique et des trajectoires épidémiologiques de ces dernières années, nous décloisonnerons tant mieux se peut cette limite géographique en essayant de croiser nos hypothèses, à travers quelques incursions, sur un ensemble aussi large que possible de pays et de stratégies liées à la lutte contre le sida en Afrique.

épidémiologiques tout aussi variées qu'incohérentes sur l'Afrique du Sud⁹⁰, le Burkina Faso et le Cameroun reflètent non seulement l'incohérence des discours et des pratiques face au désastre du VIH/Sida mais aussi l'incapacité des administrations publiques à gérer cette épidémie, comme bien d'autres questions sociales de plus en plus budgétivores, au moment où paradoxalement les ressources publiques se raréfient⁹¹.

L'analyse des réponses politico-administratives à l'épidémie de VIH/Sida et des dynamiques associatives dans cette démarche, fondée sur des méthodes comparatives sur trois pays d'Afrique aux contextes épidémiologiques et socioculturels ainsi qu'aux héritages linguistiques et politiques distincts, permet non seulement d'appliquer les outils théoriques du comparatisme aux études africaines mais aussi de décroquer les savoirs qui sont produits sur les sociétés africaines au fur et à mesure que l'épidémie s'impose et tente de se laisser appréhender par la recherche en sciences sociales⁹². En ce sens, les

⁹⁰ Notre étude fait une part importante à l'analyse des effets politiques de l'ensemble de controverses nourries en Afrique du Sud par les politiques publiques du VIH/Sida en faisant une comparaison dépassionnée avec les modalités de la politisation de l'épidémie au Cameroun et au Burkina Faso où le manque de controverses de ce type explique visiblement le défaut de politisation qui résulterait des dynamiques politiques et sociales locales.

⁹¹ Fred Eboko montre que l'avènement du Sida comme réalité épidémiologique et épreuve de santé publique rencontre des Etats africains fragilisés par une marginalisation économique et une déliquescence des ressources matérielles et politiques. Voir : F. Eboko, *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Thèse de doctorat en science politique, IEP de Bordeaux, 2002.

⁹² Dans les travaux de Didier Fassin, tout comme dans ceux de Marc-Eric Gruénais dans une certaine mesure, on note ce type de croisement nourri par une expérience de recherches en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et en Afrique du Sud. Le comparatisme permet à l'évidence de comprendre les réalités sociopolitiques qui ne l'auraient été, prises de façon isolée. Les controverses sud-africaines permettent non seulement d'analyser les capacités propres aux acteurs locaux de maintenir le débat sur ces objets à partir des dynamiques locales mais aussi de saisir les effets d'une politisation dont les enjeux sont issus des logiques extérieures pour les cas du Cameroun et du Burkina Faso.

sociétés africaines doivent être analysées non comme des monades isolées les unes des autres mais comme des entités sociales en interaction au-delà de leur disparité de toute sorte.

Cette perspective est consolidée dans le cadre de cette étude par les différences épidémiologiques et le caractère migratoire du VIH/Sida dans un continent à l'intérieur duquel les mouvements successifs des populations n'ont jamais été évoqués dans la compréhension des dynamiques de l'épidémie. C'est une dynamique qui permet en outre, de transcender les barrières linguistiques, géographiques, culturelles et politiques qui font parfois ombrage à la production des modèles de lutte contre le VIH/Sida partagés en Afrique subsaharienne. Aussi, cette recherche poursuit trois objectifs essentiels :

Sur le **plan analytique**, elle veut rendre compte, à partir d'un usage non statique des concepts centre/périphérie, de la double appropriation publique et privée de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Dans les réponses à l'épidémie, selon qu'on est en Afrique du Sud, au Cameroun ou au Burkina Faso, l'Etat est parfois à la périphérie de l'action publique et les mobilisations collectives, au centre. D'où la nécessité de s'interroger, à partir de ce schéma inversé par ce nouveau type de rapport à l'action publique, sur les processus concomitants d'institutionnalisation de ces dynamiques dans la recomposition de l'action publique tout en analysant leurs interactions parallèles avec les pouvoirs publics.

Sur le **plan épistémologique**, elle veut contribuer, à partir des enquêtes et des observations de terrain⁹³, à une meilleure connaissance des processus institutionnels et sociaux à l'œuvre dans la production de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida et des jeux concurrentiels des acteurs engagés dans cette dynamique. L'analyse de l'action publique montre que la phase de mobilisation des acteurs et des ressources est une séquence décisive⁹⁴ et l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, s'institutionnalise dans ces trois contextes, en même temps que les acteurs se dessinent, certes difficilement, dans le paysage recomposé de l'action publique⁹⁵ bien que le cadre normatif de leur expression leur préexiste.

Sur le **plan méthodologique**, il s'agit de participer, à partir d'un usage contrôlé des référentielles essentielles de la science politique, à la discussion pluridisciplinaire sur le VIH/Sida. Il paraît étonnant de constater que, malgré le développement des centres de recherche sur les politiques publiques et l'intérêt de la science politique pour ce champ qui recèle des enjeux incontestables de pouvoir, le VIH/Sida figure encore très peu dans les répertoires d'analyse du politique en Afrique et ailleurs. Les monographies récurrentes en sciences humaines et sociales, à l'exception de quelques travaux universitaires, proviennent de disciplines corollaires : la géographie, l'économie, la démographie, sociologie, l'anthropologie et l'ethnologie qui, très tôt, se sont déjà illustrées en investissant les enjeux de pouvoir liés à la santé publique, avec nombreuses études sur le cancer, la tuberculose, le

⁹³ Voir le calendrier de recherches joint en annexe.

⁹⁴ M. Setbon, *Pouvoirs contre SIDA. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions pratiques en France, Grande Bretagne et Suède*, Paris, Seuil, 1993.

⁹⁵ J.-L. Laville, « Les raisons d'être des associations », *Revue du Mauss* « Association, démocratie et société civile », Paris, La découverte, 2001.

tabagisme, etc.

Ainsi, à côté des analyses de type pyramidal, hiérarchique et institutionnaliste et dans la lignée des travaux interactionnistes entre les règles d'accès et de maintien au gouvernement (politics) et les normes de production/redistribution des biens collectifs (policies), notre étude⁹⁶ s'intéresse à deux orientations méthodologiques fondées l'une, sur deux tendances sociologiques complémentaires et l'autre, sur les approches juridiques.

La première est **une sociologie des organisations** : elle s'intéresse à la définition de l'Etat. Chez Crozier⁹⁷, il est saisi comme un ensemble d'organisations, une construction sociale, formellement constituée dans le but d'atteindre des objectifs déterminés. Comment fonctionne l'administration de

⁹⁶ Les données empiriques mobilisées dans le cadre de cette étude ont été principalement produites à partir de multiples séjours d'observation et de participation au sein des groupes de recherche, des institutions publiques et des organisations non gouvernementales de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud (TAC et NAPWA), au Burkina Faso (ALAVI, AAS et REVS+) et au Cameroun (SWAA, RECAP+, AFASO et AFSU). Dans ce cadre, une enquête de terrain a été nécessaire au Burkina Faso en 2006 et deux en Afrique du Sud : la première y fut effectuée de janvier à mars 2006 grâce à une subvention de l'IFAS qui a permis notre accueil au sein du Centre for the Study of AIDS et du Centre for Human Rights de l'Université de Pretoria et la seconde, de janvier à octobre 2007 au sein de l'IFAS. Il a été possible d'éviter ainsi la « tentation de l'œillère », relative à la trop grande familiarité avec le terrain camerounais où nous avons effectué trois séjours entre 2004 et 2006 avec le soutien de l'AUF. Sur les tentations qui découlent de la familiarité du chercheur avec l'un des terrains d'étude et qui conduisent à vouloir combler ce décalage en superposant simplement les hypothèses issues du terrain connu sur le second, on lira M. Gazibo, « La démarche comparative binaire : éléments méthodologiques à partir d'une analyse des trajectoires contrastées de démocratisation », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.9, n°3, 2002, pp. 427-449.

⁹⁷ M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1977.

l'intérieur ? Qui détient le pouvoir au sein de l'Etat ? L'Etat est un espace fragmenté, divisé entre différents ministères qui entrent en collusion sur la gestion du VIH/Sida car ils ont leurs propres représentations de l'épidémie. D'où la nécessité des méthodes spécifiques : entretiens avec des fonctionnaires et des hommes politiques, nécessité de se rendre sur le terrain pour voir comment fonctionnent les administrations en charge de VIH/Sida, pour analyser les différentes formes d'appropriation et d'investissement du champ du VIH/Sida par l'Etat et les acteurs associatifs en s'attachant à la formulation, l'organisation, la mise en place et à la gestion des politiques du VIH/Sida, à travers les actions de prévention, de prise en charge et d'accès aux traitements.

La seconde est **une sociologie de l'action collective** : dans la sociologie des organisations, il manque cette vue de l'intérieur pour analyser comment les communautés et les dynamiques collectives prennent part à la prise de décision. Dans son étude générale sur les groupes d'intérêts, Michel Offerlé souligne la difficulté de pénétrer dans la « boîte noire » que constitue une organisation⁹⁸. Il s'agit donc de voir également, à partir des notions de corporatisme, comment les rapports réguliers s'établissent entre les dynamiques périphériques et les administrations centrales pour développer une décision sur le VIH/Sida. Elle analyse les jeux des acteurs politiques et associatifs, en ciblant notamment leurs stratégies individuelles et collectives, leur fonction et statut au sein des structures interrogées, les logiques internes et externes qui sous tendent leurs actions et leurs représentations tant de leurs actions que de la maladie et des défis qui y sont liés : telles les questions de

⁹⁸ M. Offerlé (dir.), « La société civile en question », *Problèmes économiques et sociaux*, n°888, mai 2003.

« l'homosexualisation » de l'épidémie, des dispositifs « genrés », ou des normes catégorielles dans la lutte contre l'épidémie, etc.

Les approches juridiques sont essentiellement empruntées au **droit constitutionnel et pénal**. Si le premier corpus permet de savoir comment l'Etat fonctionne et de connaître les structures de décisions antisida au sein de l'appareillage étatique, le second éclaire les analyses sur les débats relatifs à la pénalisation ou non de la transmission sexuelle du VIH/Sida. Ces approches par le droit permettent en fin de compte d'éviter l'ensemble de questions juridiques que posent les mobilisations antisida. En Afrique du Sud, par exemple, les acteurs de la société civile ont régulièrement recours à la Constitution, au Parlement et au discours juridique basé sur les notions de droits de l'homme pour contraindre le gouvernement à agir.

5. La structuration de la recherche

L'étude est construite autour de trois grandes parties. La première partie est intitulée **la longue appropriation publique et collective du VIH/Sida**. Elle porte sur l'analyse de l'action publique de santé telle qu'elle a historiquement émergé en tant que « problème public », en ciblant davantage les discours et les pratiques des acteurs politiques locaux et l'ensemble de dynamiques exogènes ayant conduit à la politisation de l'épidémie dans ces trois contextes nationaux. Les représentations sociales issues entre autres des conséquences de l'épidémie constituent la base sur laquelle reposent les décisions d'intervention publique et motivent la création des réseaux privés de lutte contre le VIH/Sida. Cette première partie est subdivisée en trois chapitres.

La deuxième partie est intitulée **les dynamiques de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida : administration et administrés**. Elle interroge l'architecture institutionnelle et non institutionnelle de réponse au VIH/Sida : sa structuration, son organisation et son fonctionnement, en insistant d'une part sur la traçabilité des politiques élaborées et conduites et de l'autre, sur leurs résultats et leur décentralisation progressive dans une ou deux provinces sélectionnées en fonction des données disponibles dans chacun des pays à travers les représentations sociales des individus concernés. Cette deuxième partie est subdivisée en trois chapitres.

La troisième partie est intitulée **l'action publique de lutte contre le VIH/Sida et le changement politique**. Elle analyse les multiples interactions qui se nouent dans les politiques du VIH/Sida : contribution et rôle des acteurs du secteur privé dans les négociations que le gouvernement conduit à l'extérieur ; enjeux respectifs et formes de réappropriation de l'espace du VIH/Sida ; les conflits (latents et ouverts) et les discours (officiels et officieux) ; les inégalités sociales que peuvent entretenir ces dynamiques au niveau de la prise en charge. Elle insiste sur les changements politiques engendrés par les « bricolages associatifs » en explorant l'ensemble de mécanismes parallèlement élaborés par les organisations privées : la nature des ressources mobilisées, les idéologies véhiculées, la sectorisation de l'espace collectif du VIH/Sida et son maillage avec d'autres secteurs sociaux en rapport avec l'épidémie. Cette troisième partie est subdivisée en deux chapitres.

Première partie

**LA LONGUE APPROPRIATION DE LA LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA**

L'idée de la longue appropriation politique de la lutte contre le VIH/Sida implique une lecture linéaire des faits et des dynamiques constitutifs de cette mobilisation en assumant à la fois les controverses et le système d'alliances sociales au cours de la construction mouvementée de l'épidémie en problème politique. Il s'agit précisément d'une analyse fondée sur la longue durée et donc sur une certaine sociogenèse de l'action publique qu'il faut saisir à partir d'une perspective qui rende compte des perceptions sociales dominantes sur l'épidémie et de l'ensemble de discours et de pratiques qu'elle a suscités, au cours de son histoire. La notion de la genèse permet ainsi d'analyser les chemins sinueux par lesquels l'action publique de lutte contre le VIH/Sida s'est construite en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun, en examinant précisément le rôle et le statut des acteurs déterminants, les logiques et les dynamiques en action et même le sens et la signification des controverses qui ont marqué ce passage. Aujourd'hui, le constat est simple : l'épidémie de VIH/Sida s'impose comme un fait majeur des relations sociales⁹⁹ et même de la coopération internationale¹⁰⁰ mais, on oublie très souvent dans de différentes analyses en science politique, la longue

⁹⁹ On lira P. Farmer, *Sida en Haïti : la victime accusée*, Paris, Karthala, 1996 ; P. Farmer, « La violence structurelle et la matérialité du social », Leçon inaugurale du 9 novembre 2001 au Collège de France, Paris, Collège de France, 2002 ; D. Fassin (dir.), *Afflictions : Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Op. cit. ; D. Fassin, « L'incorporation de l'inégalité. Le sida comme condition sociale et expérience historique » in D. Fassin (dir.), *Inégalités, Violences et migrations, les structures historiques du sida en Afrique du Sud et en Namibie*, rapport définitif, Paris, déc. 2003, pp.5-21.

¹⁰⁰ On lira D. Fassin, « Le sida comme cause politique. Une controverse sud-africaine sur la scène globale », *Les temps modernes*, août-septembre 2002, n°620-621, pp.312-331 ; A. M. Trebilcock, « Le Sida et le lieu de travail. Les orientations que suggèrent les normes de l'OIT », *Revue internationale du travail*, vol.128, n°1, 1989, pp.33-51 ; V. Touzé et B. Ventelou, « Sida et développement : un enjeu mondial », *Revue de l'OFCE*, Hors série, mars 2002, pp.154-173 ; F. Eboko, « Chantal Biya : fille du peuple et égérie internationale », *Politique Africaine*, n°95, oct.2003, pp.93-101 ; F. Chabrol, « Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d'un enjeu de sécurité internationale », *La revue internationale et stratégique*, n°46, 2002, pp.129-136.

incertitude qui a caractérisé son inscription dans l'agenda politique en tant que problème de gouvernement¹⁰¹. C'est exactement cette quête de sens qui soutient l'idée de sa longue appropriation publique.

D'un point de vue théorique, cette orientation est fortement encrée dans les travaux de Jean-Gustave Padioleau¹⁰² sur la genèse de l'action publique auxquels nous assignons une double conséquence : la perspective de la genèse de l'action publique permet tout d'abord de dégager les caractéristiques et les obstacles de différents moments et acteurs déterminants dans l'appropriation publique du VIH/Sida avant de mettre en lumière les spécificités et l'ensemble de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida dans ces trois contextes sociopolitiques nationaux avec leurs encrages aux niveaux global et local. Cette démarche permet également de mettre en perspective les concepts théoriques de l'analyse des politiques publiques susceptibles d'éclairer les interrogations qui jalonnent cette étude.

Il s'agit donc ici à partir de la notion de la genèse, de s'intéresser aux conditions structurelles et conjoncturelles de l'émergence de l'action

¹⁰¹ P. Denis, « La croisade du président Mbeki contre l'orthodoxie du sida », *Esprit*, janv.2001, pp.81-97 ; D. Fassin, « Anatomie politique d'une controverse. La démocratie sud-africaine à l'épreuve du sida », *Critique Internationale*, n°20, juil.2003, pp.92-112

¹⁰² A côté des travaux de Jean-Gustave Padioleau, on pourra également s'intéresser aux analyses de Pierre Muller, Jean-Claude Thoenig, Yves Surel, Larry Gerston et bien d'autres d'une part, sur les théories de l'émergence et de la construction processuelle de l'action publique et de l'autre, sur le défaut d'institutionnalisation des préoccupations sociales dans l'action publique. Le VIH/Sida se trouve en fait à la croisée de ces deux tendances.

publique¹⁰³ de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun. De ce fait, elle analyse précisément les perceptions sur la maladie et ses représentations auprès de différents acteurs individuels et collectifs dont le rôle fut déterminant dans la construction politique de l'épidémie. C'est en quelque sorte un retour à l'histoire immédiate de la maladie et de ses conditions de politisation qui finalement permettent de comprendre les résistances politiques et sociales au moment où justement, le VIH/Sida tente d'émerger, bon gré mal gré, comme « problème public »¹⁰⁴.

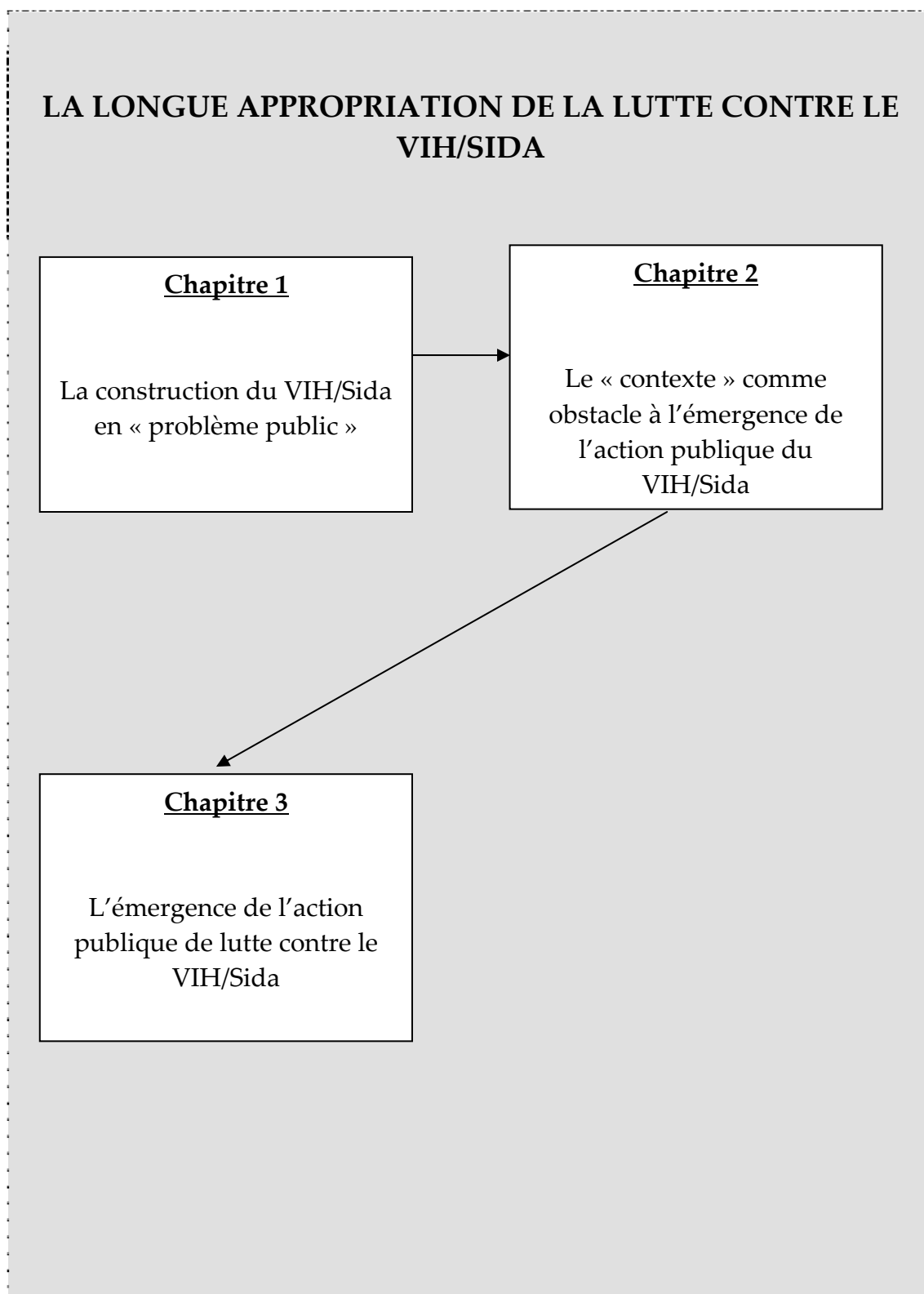
Partant, cette première partie est subdivisée en trois chapitres. Le premier analyse les dynamiques qui ont abouti à la relative politisation de l'épidémie de VIH/Sida en revisitant les concepts et les théories dont l'usage permet de saisir les transformations des points de vue politiques et sociaux à l'égard du VIH/Sida : d'un « fait social » parmi tant d'autres, à sa sélection puis sa construction en tant qu'« objet politique », le VIH/Sida a connu différentes infortunes entretenues par une longue période de controverses qu'il faut analyser en toute lucidité pour ne pas tomber dans un moralisme déconnecté des exigences propres à la politisation des faits sociaux. Le second chapitre s'intéresse aux obstacles structurels et mêmes conjoncturels de l'émergence de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida car, il ne suffit pas de construire politiquement son objet pour qu'émerge de façon automatique,

¹⁰³ Nous nous référons aux analyses de Jean-Claude Thoenig qui conseille le terme d'*action publique* pour éviter les travers *statocentrés* et ultra-institutionnalistes des *politiques publiques*. Voir, J.-C. Thoenig, « Politiques publiques et action publique », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.5, n°2, pp.295-314.

¹⁰⁴ A ce sujet, on lira E. Demange « Genèse de l'action publique de lutte contre le Sida en Ouganda » in *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Yaoundé, Les Grandes Editions, 2005, pp.107-134.

une action publique : il faut également un environnement social, institutionnel et politique capable d'accueillir et de porter les décisions politiques relatives à l'action publique construite comme telle. Le troisième chapitre analyse les conditions de l'émergence de cette action publique à partir, entre autres, des fenêtres d'opportunités conjoncturelles et de l'action des publics concernés : les acteurs de la société civile, les leaders communautaires, les regroupements de personnes vivant avec le VIH/Sida, les confessions religieuses et les intellectuels de tout bord, ont eu un rôle et une place de premier plan dans l'émergence du VIH/Sida en tant qu'objet politique précisément identifié.

Positionnement panoramique de la première partie



Chapitre 1 -
LA CONSTRUCTION DU VIH/SIDA EN « PROBLEME
PUBLIC »

Dans ses travaux, Jacques Lagroye¹⁰⁵ essaie de définir la politisation comme ce processus de requalification de phénomènes originellement sociaux en problèmes publics et donc dorénavant construits comme des objets politiques. En un sens, l'épidémie de VIH/Sida, fait médical à l'origine, construit en « fait social »¹⁰⁶ par sa résistance et son développement, quitte ce stade où elle faisait l'objet de simples interventions des organismes techniques biomédicaux et des organisations privées telles la TAC, la NAPWA, AAS ou AFASO, pour faire irruption dans les arènes politiques et ainsi devenir l'objet de décisions des pouvoirs publics¹⁰⁷.

Selon cette approche, le VIH/Sida ne serait plus un espace d'intervention des seuls regroupements des catégories sociales intéressées¹⁰⁸ (médecins, homosexuels, personnes infectées, etc.) mais, il deviendrait finalement un espace public¹⁰⁹ où interviennent désormais les pouvoirs publics qui décident des politiques à conduire et des ressources à y allouer en vue de répondre aux

¹⁰⁵ J. Lagroye, « Les processus de politisation », in J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Op. cit.

¹⁰⁶ Voir, F. Eboko, « Introduction à la question du sida en Afrique : politique publique et dynamiques sociales », in D. Kerouedan et F. Eboko, *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, Travaux et documents n°61-62, CEAN, 1999, p.38.

¹⁰⁷ J. Lagroye, « Les processus de politisation », in J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Op. cit.

¹⁰⁸ On rappelle ici que les premières mobilisations antisida en Afrique, notamment dans les pays observés pendant nos enquêtes, ont été le fait des catégories sociales concernées, très tôt organisées en associations et autres regroupements afin de comprendre la maladie et de répondre à ces défis. Nous y reviendrons un peu plus tard.

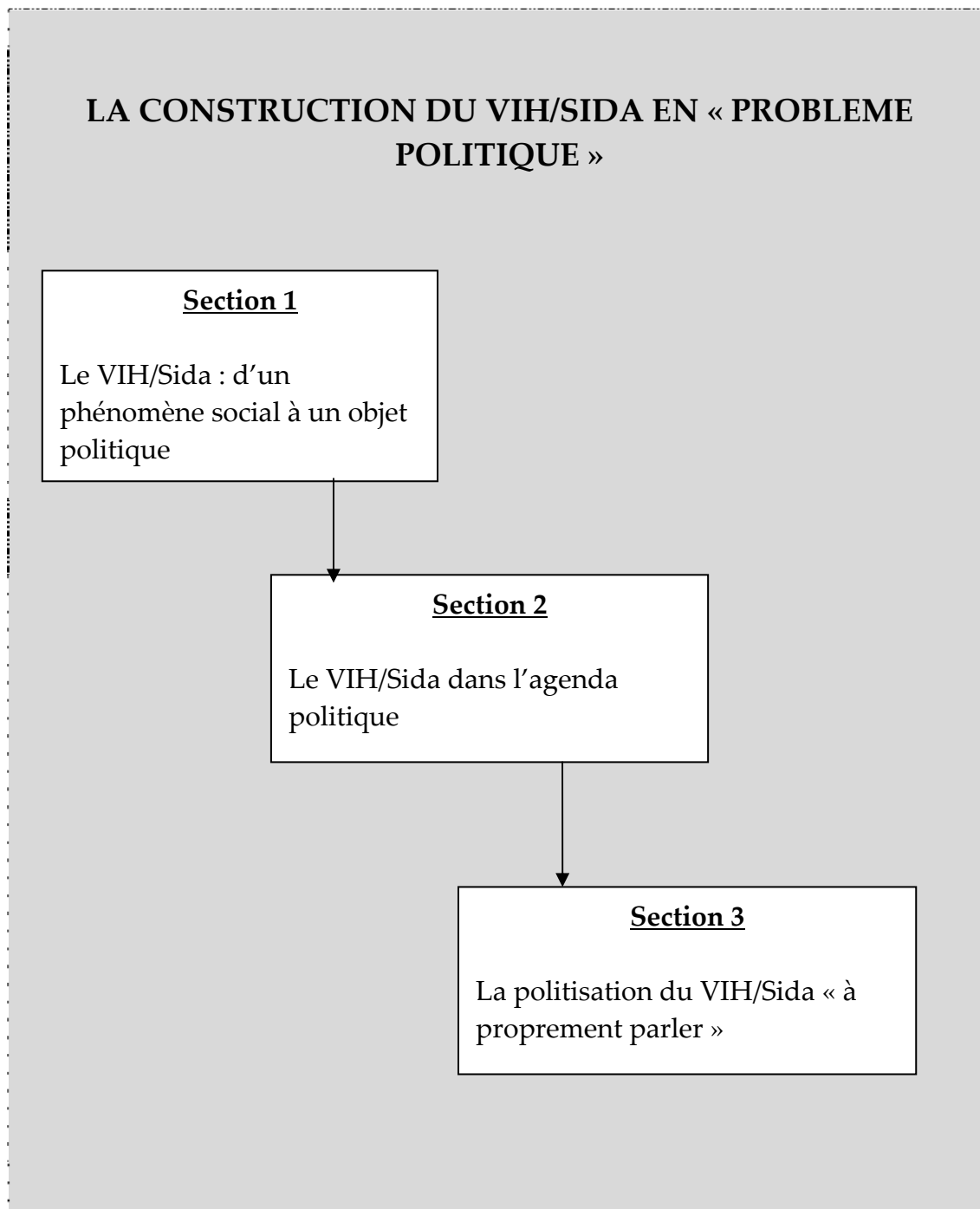
¹⁰⁹ Pour comprendre la charge conceptuelle que nous faisons reposer sur la notion d'espace public, il faut l'analyser à la fois comme *espace de communication et de délibération publique* (Jürgen Habermas) et *lieu d'intervention et de lisibilité de l'action publique* (Jean-Pierre Olivier de Sardan).

défis qu'il pose au « corps social » dans son ensemble¹¹⁰.

Partant, il n'est pas sans intérêt d'analyser l'ensemble de dynamiques ayant abouti à la construction du VIH/Sida comme problème public et donc comme un objet (de) politique en Afrique, en se fondant sur les cas nationaux en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso à partir d'une comparaison qui connecte ces cas aux dynamiques globales et internationales. Cette analyse s'appuie sur une perspective socio-historique confortée par les travaux qui analysent l'action publique en terme d'émergence d'un problème politique parce qu'ils s'enracinent précisément sur les raisons et les conditions tant structurelles que conjoncturelles ayant conduit au processus de politisation et donc d'inscription sur l'agenda gouvernemental. Ce processus met en exergue une certaine requalification du fait social en objet politique qui voudrait que l'épidémie de VIH/Sida soit construite de phénomène social à l'objet politique (section 1) afin qu'elle soit inscrite sur l'agenda politique (section 2) et permette de comprendre le mécanisme de politisation lui-même (section 3).

¹¹⁰ F. Lisk, *AIDS and Governance: the Development Dimension*, Warwick, 2006; F. Lisk, *Global Governance and HIV/AIDS*, New York, WhatWorks Inc, 2005.

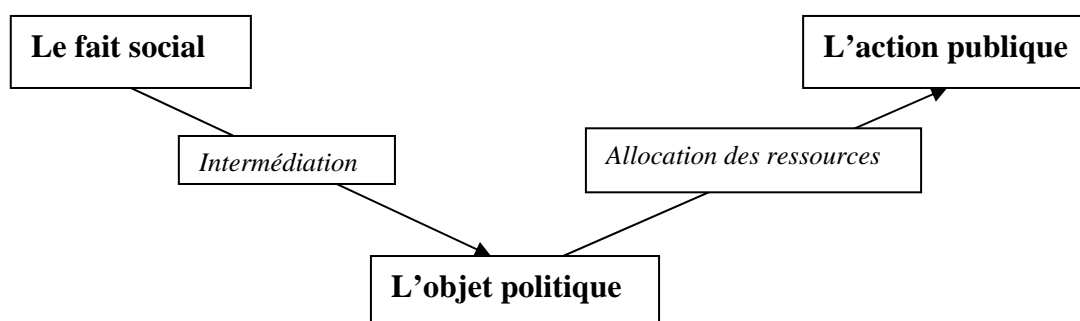
Positionnement panoramique du premier chapitre



Section 1

Le VIH/Sida : d'un phénomène social à un objet politique

Le processus de la politisation et de la mise sur agenda politique montre que les objets politiques sont aussi et avant tout des faits sociaux mais, cette évidence ne renvoie pas mécaniquement à une sorte de réciprocité qui voudrait que tous les faits sociaux deviennent inéluctablement des objets politiques. Il faut plutôt constater trois échelles complémentaires dans le processus qui a fait émerger ce qui nous ait apparu comme une action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun : le fait social, l'objet politique et l'action publique.



Le « fait social » est considéré ici dans la perspective voulue par Fred Eboko. Reprenant en effet la définition qu'on donne Emile Durkheim¹¹¹, Fred Eboko, dans ses analyses sur la politisation du VIH/Sida dans le contexte camerounais, conseille de construire l'épidémie en tant que tel pour favoriser

¹¹¹ Voir E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1999.

sa politisation. En un sens, il considère que le défaut ou l'insuffisance de politisation du VIH/Sida au Cameroun est lié au fait que l'épidémie n'ait pas été suffisamment construite « comme un fait qui s'impose à l'ensemble du corps social, voire à chaque conscience »¹¹². En Afrique du Sud, par contre, la construction du VIH/Sida en tant que fait social a été favorisée par la longue controverse de négation politique de l'épidémie : cette controverse entretenue par des débats et des antagonismes politiques et sociaux a mis en exergue les déchirements que pouvaient occulter les luttes classiques anti-apartheid. Sur le plan politique, l'ANC a vigoureusement été critiqué et combattu par ses principales alliées sous l'apartheid, notamment la COSATU et les militants de la TAC. En ce qui concerne essentiellement l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, la controverse dite Mbeki a permis l'éclosion et l'affirmation d'une opinion publique très avertie et en enquête de nouveaux savoirs sur l'épidémie en vue de répondre à ce qu'on a appelé la pseudoscience du chef de l'Etat. La société civile s'est de fait donné les moyens de mieux comprendre les enjeux socio-économiques et les réponses adaptées au contexte sud-africain à travers les ripostes qu'elle formulait progressivement contre les discours politiques.

Par ailleurs, on a pu constater une relative construction du VIH/Sida en fait social à partir d'autres grilles observations. Celle-ci est liée aux modes opératoires des premières campagnes de sensibilisation qu'elles soient principalement le fait des structures gouvernementales (Cameroun), des

¹¹² Voir, F. Eboko, « Introduction à la question du sida en Afrique : politique publique et dynamiques sociales », in D. Kerouedan et F. Eboko, *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, Travaux et documents n°61-62, CEAN, 1999, p.38.

réseaux associatifs locaux (Afrique du Sud) ou à la fois des administrations publiques et des associations communautaires (Burkina Faso). Au cours de la seconde moitié des années 90, ces campagnes ont construit la maladie en fait social en présentant justement le VIH/Sida à partir des images de personnes séropositives avec un corps souffrant, dégradé et défiguré. Ces images de la maladie largement diffusées dans les médias et les spots publicitaires, ont généré une prise de conscience collective sur l'épidémie¹¹³.

Ainsi, l'existence du fait social précède nécessairement l'émergence¹¹⁴ de l'objet politique qui, lui-même, précède l'élaboration¹¹⁵ de l'action publique sur le fait social, construit en objet politique. Nous pouvons, à partir de là, proposer une théorie de trois E, à savoir l'Existence du fait social du VIH/Sida constaté comme problème et qui comme telle, favorise l'Emergence du problème politique en tant qu'objet construit à partir du découpage et de la distinction de ce fait social d'autres faits sociaux non opératoires pour l'espace public et l'Elaboration de l'action publique du VIH/Sida à partir de ce fait social désormais construit en objet politique, grâce à la sélection et l'intervention des pouvoirs publics qui décident de lui allouer des ressources matérielles et symboliques.

¹¹³ La plus impressionnante image reste celle de Nkosi. Séropositif issu de la communauté Noir, Nkosi a marqué par son témoignage, les participants du Forum mondial de lutte contre le Sida à Durban en 1994.

¹¹⁴ Nous reviendrons sur cette notion d'émergence que nous empruntons à Jean-Gustave Padioleau. Voir, J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, Op. cit.

¹¹⁵ On se réfère ici aux travaux de Bruno Smith. Voir, B.L. Smith, *Politiques publiques et participation publique : engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques*, Direction de la santé de la population et de la santé publique, Bureau région de l'Atlantique, Santé Canada, 2003.

L'idée de l'élaboration de l'action publique à partir du fait social sélectionné et construit en tant qu'objet politique ne signifie pas que l'émergence de l'action publique soit un processus mécanique qui procède exclusivement de cette démarche, comme si toutes les causes devaient nécessairement aboutir aux mêmes conséquences. Il y a bien d'objets sociaux qui ont été politisés sans qu'ils ne soient nécessairement passés par ce réseau de mobilisations partisans et sociales. En revanche, notre approche permet simplement en se fondant sur les incertitudes et même la rapidité de la prise en charge politique du VIH/Sida, de saisir le caractère non aléatoire de l'action publique qui résulte d'un processus rationnel et cognitif tout en mettant en exergue sa genèse à partir des mobilisations institutionnelles et associatives. L'idée ici est d'interpréter les controverses sud-africaines dans cette perspective de définition et d'élaboration de l'action publique et non comme exclusivement un refus ou un frein à l'action publique. C'est la conjugaison de tous ces faits qui a abouti à la requalification politique du VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun.

Le découpage par séquence permet par ailleurs de mettre en lumière la difficulté qu'il y a d'une part, à définir un problème politique du VIH/Sida en soi et de l'autre, à saisir le passage du problème essentiellement social en objet politique, pour son traitement par une action publique du VIH/Sida élaborée comme telle. Il s'agit donc pour notre part de bien préciser ce problème qui, selon Padioleau, apparaît « quand des acteurs aperçoivent des écarts entre ce qui est, ce qui pourrait être ou qui devrait être »¹¹⁶. Finalement, à quel moment le VIH/Sida est considéré comme un problème

¹¹⁶ J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, Op. cit., p.25.

essentiellement social (1)? Quand et comment devient-il un problème politique (2)?

1. Le VIH/Sida comme phénomène social

Lorsqu'il apparaît en 1981 en Afrique du Sud, en 1982 au Cameroun ou en 1984 au Burkina Faso, le VIH/Sida, par ailleurs encore innommable comme tel à cette période, est d'abord un fait constaté comme relevant des phénomènes sociaux. En médecine, il y a plusieurs virus qui apparaissent et demeurent dans la sphère médicale sans qu'ils n'intéressent la conscience collective. En revanche, ces virus peuvent devenir des phénomènes sociaux lorsqu'ils inondent le domaine strictement médical. Mais, à la différence avec les phénomènes politiques, les phénomènes sociaux sont des faits dont les décisions – même si elles affectent l'espace public – sont le fait d'usages privés. Autrement dit, ils résultent des décisions individuelles ou collectives considérées comme appartenant au domaine strictement social¹¹⁷. Comme le précise Nassirou Ali Bako, un phénomène social se caractérise par le fait que « les décisions dont il peut faire l'objet découlent d'une appréciation opérée par des acteurs privés à des fins principalement privées même si celles-ci peuvent conjoncturellement avoir un impact public »¹¹⁸. En plus du type de

¹¹⁷ Voir Nassirou Ali Bako, communication orale à l'Université d'été du Lasdel, Niamey, 2006, inédit.

¹¹⁸ Ibid.

décisions, il y a également la nature et la possibilité de choix qui sont essentielles pour déterminer la qualification des faits sur lesquels porte ce choix.

Cependant, les décisions privées, puisqu'elles concernent une partie de la collectivité sur laquelle le pouvoir public a autorité, peuvent également interférer avec le champ d'action public et produire ou participer à la production d'un effet politique. Ce cas d'espèce rend la limite entre le public et le privé très incertaine, dans la définition de l'action publique eu égard non seulement à la nature d'acteurs engagés dans sa production mais aussi à la finalité de cette action. L'histoire immédiate de l'épidémie de VIH/Sida et des luttes sociales qu'elle a générées en Afrique du Sud notamment, montre que l'appropriation publique d'un phénomène social comme le VIH/Sida est le résultat d'un long processus de repérage, de découpage, de mobilisation des réseaux et des systèmes d'alliance politique et sociale ainsi de ressources internes et internationales et de construction de ce fait social en objet d'investissement politique et collectif. Elle ne concerne pas les seuls acteurs politiques locaux. Dans les contextes post-démocratiques, marqués par une sorte de fluidité des systèmes d'alliance et de représentations politiques, l'appropriation publique du VIH/Sida a largement été le fait des acteurs sociaux qui avaient encore une large marge de manœuvre dans la mobilisation de l'opinion publique locale et internationale et même dans la collecte de la rente financière internationale. Les associations de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun ont pu être créées grâce à cette dynamique soutenue par la GTZ. Dans tous les cas, les décisions relatives à la lutte contre le VIH/Sida ont vu intervenir une pluralité d'acteurs hétérogènes à partir d'une longue construction de cette épidémie comme objet politique.

La construction du VIH/Sida en fait social permet finalement de saisir cette épidémie comme un phénomène à vocation politique, c'est-à-dire comme un objet qui découle de faits sociaux particuliers étant donné leur sens et leur capacité à remettre en cause l'ordre public normal et qui requièrent précisément l'intervention des pouvoirs publics. L'espace de délibération sanitaire constitue un sous système de l'espace public qui intègre le système social. On peut mieux l'observer à partir de la place et du rôle du Président Blaise Compaoré dans le dispositif national de lutte contre le VIH/Sida au Burkina Faso ou celui des ministres successifs de la santé au Cameroun depuis que le Professeur Moneckosso s'est personnellement engagé à la tête du CNLS en 1997. Longtemps avant l'apparition du VIH/Sida, David Easton¹¹⁹ avait réfléchi sur ces questions en établissant un rapport entre le système politique et la société. Il a souligné que celui-là est un système en interaction avec son environnement. D'autres auteurs¹²⁰ s'intéressèrent aux dynamiques intrinsèques de l'articulation entre le système politique et la société globale, à partir des échanges symboliques autour de pratiques étatiques et de l'ensemble de la population, pour analyser les enjeux de pouvoir dans la construction des phénomènes sociaux en objets politiques.

Construire politiquement le VIH/Sida revient donc dans ce cadre à imposer,

¹¹⁹ D. Easton, *A System Analysis of Political Life*, New York, John Wiley, 1965.

¹²⁰ G. Majone, *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*, New Haven, Yale University Press, 1989; R. Rose et P. Davies, *Inheritance before Choice in Public Policy*, New haven, Yale University Press, 1994.

par canaux et mécanismes quelquefois collusifs¹²¹, voire violents comme ce fût le cas des premières mobilisations antisida en Afrique du Sud, l'idée que celui-ci n'est pas déjà résolu et que cet état de « non-résolu » pose problème¹²² mais, qu'il existe en même temps, une ou plusieurs alternatives qui pourraient permettre que ce fait ne soit pas laissé en l'état¹²³. Le VIH/Sida a pu, par exemple, être politisé en Afrique du Sud tout comme au Cameroun et au Burkina Faso non pas seulement par la médiation de la communauté internationale mais aussi et surtout, au regard à la fois de ce qui l'entourait et de ses conséquences factuelles sur l'économie, sur le milieu du travail, sur les rapports sociaux, sur les droits de l'homme, sur les relations interétatiques, etc¹²⁴.

On peut fort bien, en première instance, ne pas certes tenir le gouvernement pour responsable de l'épidémie de VIH/Sida mais, l'interpeller à propos de la

¹²¹ Nous y reviendrons à travers une étude concrète des acteurs et institutions qui sont intervenus dans le cadre de la construction du sida en tant qu'objet politique en Afrique du sud, au Burkina Faso et au Cameroun. Cette perspective permet également de sortir des pièges de la théorie de l'agenda politique dont la tendance statocentrée conduirait à croire qu'une action publique n'existe que par l'Etat. Notre étude consiste à analyser les acteurs étatiques et les mobilisations collectives dans les politiques publiques ou pour parler exactement comme Jean-Claude Thoenig, dans l'action publique du sida. Voir, J.-C. Thoenig, « Politiques publiques et action publique », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.5, n°2, juillet 1998, pp.295-314.

¹²² B. L. Smith, *Politiques publiques et participation publique : engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques*, Direction de la santé de la population et de la santé publique, Bureau région de l'Atlantique, Santé Canada, 2003.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ On peut se référer à l'activisme sud-africain sur lequel nous reviendrons grâce à nos enquêtes et nos observations à la TAC. De façon théorique, il y a également les hypothèses de l'histoire causale de Yves Surel qui peuvent aider à appréhender les effets des images des séropositifs sur la politisation du sida en Afrique du sud.

gestion de ses conséquences sur les victimes¹²⁵. La responsabilité du gouvernement a pu ainsi être engagée, par exemple, pour qu'il établisse, comme dans le cas de l'Afrique du Sud, que l'absence ou même simplement l'insuffisance de mesures réactives¹²⁶ face au développement du VIH/Sida était directement ou indirectement la cause des taux de prévalence très élevés en 2003.

2. Le VIH/Sida comme phénomène politique

D'un point de vue strictement théorique, relèvent en principe du politique¹²⁷, outre les phénomènes qui revêtent ce caractère par nature, les faits qui

¹²⁵ On se réfère ici à la conférence de Maître Alain Molla, avocat au Barreau de Marseille et activiste antisida au sein de l'association Aides dont il a été le président départemental de la délégation de Marseille. Voir, <http://www.humanite.fr/journal/1997-10-06/1997-10-06-788834>.

¹²⁶ On se réfère ici à la notion de politiques publiques réactives développées par Bruno Smith. Voir, B.L. Smith, *Politiques publiques et participation publique : engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques*, Op. cit.

¹²⁷ Voir la littérature générale sur l'Etat en Afrique. On lira J.-F. Médard, « L'Etat clientéliste transcédé », in *Politique africaine*, n°1, Paris Karthala, 1981, pp.120-124 ; B. Hours, *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'harmattan, 1985 ; J.-F. Bayart, *L'Etat en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayart, 1989 ; D. Darbon, « L'Etat prédateur », *Politique africaine*, n°39, Paris, Karthala, 1990, pp.37-45 ; J.-F. Médard, « L'Etat patrimonial », in *Politique africaine*, n°39, Paris, Karthala, 1990, pp.25-36 ; J.-F. Médard (dir.), *Etats d'Afrique Noire : formation, mécanismes et crise*, Paris, Karthala, 1991 ; B. Badie, *L'Etat importé*, Paris, Karthala, 1992 ; J.-F. Bayart, S. Ellis et B. Hibou, *La criminalisation de l'Etat en Afrique*, Paris, Editions Complexe, 1997 ; J.-P. Olivier de Sardan, « Etat, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique », in *Politique Africaine*, n°96, Paris, Karthala, déc. 2004, pp.139-162.

impliquent non seulement la possibilité de choix mais surtout, un choix déterminé par l'intervention des pouvoirs publics¹²⁸. La notion de choix a impliqué, dans le cas d'espèce, la possibilité d'une marge de manœuvre dont disposaient les acteurs de tout ordre dans la qualification du VIH/Sida comme fait politique. Comme le soulignait Jacques Ellul¹²⁹ en son temps, un fait est politique lorsqu'il existe une marge de manœuvre dans la manière de réagir ou de le traiter. Nous savons comment les Etats africains, notamment les gouvernements camerounais, burkinabé et sud-africain ont diversement saisi et interprété les premières recommandations politiques de la communauté internationale afin de faire face au développement très rapide de cas de contamination en Afrique. On se souvient ici des observations de Fred Eboko qui ont abouti à la typologie selon laquelle, le Cameroun représenterait ce qu'il a appelé l'« adhésion passive », le Burkina Faso la « participation active » et l'Afrique du Sud, la « dissidence active » face aux recommandations de la communauté internationale sur les mesures réactives aux cours des premiers développements de l'épidémie de VIH/Sida.

Il faut toutefois distinguer deux ordres dans l'appréciation des phénomènes politiques : les phénomènes politiques par nature et les phénomènes politiques par contingence.

¹²⁸ On se réfère aux travaux de Pascale Laborier sur les acteurs et les institutions de mise en œuvre des politiques publiques. Voir, P. Laborier et D. Trom, *Historicités de l'action publique*, PUF, CURAPP, 2003.

¹²⁹ J. Ellul, *L'illusion politique*, Paris, La Table ronde, 2004.

A. Un phénomène politique par nature (?)

Il s'agit ici, comme le suggèrent les mobilisations de la TAC en Afrique du Sud et du REDS au Cameroun, fondées sur les droits des malades, d'analyser l'épidémie de VIH/Sida comme un fait qui participe à la compréhension de la catégorie des phénomènes qui relèvent directement du pouvoir politique. De tels phénomènes sont dits politiques par nature par ce qu'ils découlent directement de la décision des autorités politiques. Dans le cadre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, le concept d'autorité publique est à saisir de façon large à partir des acteurs politiques locaux et des coalitions interétatiques régionales et internationales. Les analyses classiques sur les pouvoirs publics ne sont pas suffisamment adéquates pour montrer en quoi le VIH/Sida peut constituer un fait politique par nature. Pour s'en convaincre, il suffit par exemple de se référer à la nomination d'un ministre de la santé par le chef de l'Etat. Pour saisir réellement ce que l'on peut entendre par un fait politique par nature en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso puisque, il faut observer que la nomination d'un Ministre au sein du gouvernement découle directement des compétences constitutionnelles du chef de l'exécutif. En l'occurrence, le chef de l'Etat est le chef de l'exécutif.

Mais, à plusieurs reprises et selon les cas nationaux, les partenaires sociaux et les mouvements collectifs qui participent à la production et à la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida ont influencé la

décision du chef de l'Etat de nommer tel individu plutôt que tel autre¹³⁰ ou de maintenir tel autre individu à la tête du ministère de la santé.

En Afrique du Sud, par exemple, les médias et les associations de lutte contre le VIH/Sida ont régulièrement critiqué l'action du gouvernement Mbeki à cause de l'incompétence de Manto Tshabalala-Msimang sur les questions de VIH/Sida. Ils n'ont pourtant jamais réussi à amener le chef de l'Etat, Thabo Mbeki, à se séparer de Manto Tshabalala-Msimang, au cours de ses deux mandats présidentiels. On connaît pourtant le caractère controversé voir pseudoscientifique de ses prises de position à l'égard du VIH/Sida et les griefs que les militants associatifs, les medias spécialisés, les praticiens hospitaliers et les scientifiques ont formulés à son égard. Le départ de cette controversée et contestée ministre de la santé sud-africaine n'a été acquise qu'avec la démission forcée de Thabo Mbeki, sanctionné par son propre parti politique, l'ANC. C'est d'ailleurs sans surprise que le successeur de Thabo Mbeki, Kgalema Motlante, élu le 25 septembre 2008, n'a pas reconduit le Docteur Tshabalala-Msimang dans ses fonctions de Ministre de la santé.

Au Cameroun, le mouvement collectif généré à l'issue du scandale sur les essais de vaccin antisida auprès des prostituées de Douala a conduit le chef de l'Etat, Paul Biya, à se séparer de son ministre de la santé, Urbain Olanguena Awono par ailleurs accusé de malversations financières par

¹³⁰ On se réfère ici aux travaux qui rendent compte des développements théoriques sur le corporatisme en politiques publiques. Voir, D.A. Chalmers «Corporatism and Comparative Politics», in H. J. Wiarda (ed.), *New Directions in Comparative Politics*, Boulder, Colorado, Westview Press, 1985.

plusieurs associations de personnes vivant avec le VIH/Sida¹³¹.

B. Un phénomène politique par contingence (?)

Nous entendons par phénomènes politiques par contingence, les phénomènes qui ne relèvent qu'indirectement ou conjoncturellement de l'espace public. Ces phénomènes ne sont originellement pas politiques. Ils émanent de la déconstruction et reconstruction pour finalement être construits comme politiques. Ils découlent en effet de faits a priori non politiques. La prise en charge sociale des personnes vivant avec le VIH/Sida, par exemple, n'est pas encore le fait du gouvernement en Afrique du Sud tout comme au Cameroun

¹³¹ « Depuis le mois de Septembre 2004, un laboratoire américain du nom de GEDEAD s'est implanté à Douala pour officiellement tester un médicament 'préventif' contre le VIH/Sida. Ce médicament appelé Viread est proposé aux jeunes filles séronégatives. A raison de 4 euros par mois, des examens médicaux gratuits et une promesse de prise en charge en cas de contamination, ces jeunes filles sont encouragées à n'avoir que des rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires : une sorte de prostitution déguisée. Les promoteurs de cette opération leur font savoir que ce fameux Viread les protège contre le virus, une sorte de vaccin préventif et, comme tel, elles ne pourront plus jamais être contaminées. En plus, d'un point de vue humain, elles contribueraient au progrès de la science et de la médecine dans la lutte contre le VIH/Sida. Donc après avoir absorbé cette pilule sans du tout savoir ce qu'elle contient, les filles sont livrées à la nature et reçoivent 4 euros lorsqu'elles viennent mensuellement se faire tester pour le VIH/Sida mais pas pour d'autres MST tout aussi graves comme les hépatites et autres maladies virales, surtout pour des sujets à qui on conseille d'avoir beaucoup de rapports sexuels multipartenaires sans se protéger. Selon les médias, 400 filles volontaires et pas du tout informées sur les conséquences de leur engagement ont ainsi été recrutées par un Camerounais qui aurait reçu une somme de 800\$ de GEDEAD. Nombreuses filles contaminées au cours de cet essai ont purement et simplement été abandonnées dans la nature », entretien du 19 décembre 2006 à Yaoundé.

et au Burkina Faso, sauf précisément dans le cadre des politiques de traitements pour lesquelles l'accès aux antirétroviraux est devenu depuis peu, systématique puisque rendus gratuits grâce aux subventions publiques.

Les politiques d'accès gratuit aux médicaments pratiquées par le Cameroun depuis 2007, sont spécifiquement liées aux mobilisations internationales pour l'accès pour tous aux traitements du VIH/Sida alors qu'en Afrique du Sud, elles interviennent dans le cadre des politiques de santé plus globales qui accompagnent l'accès aux médicaments, à travers le dispositif public d'aide médicale « medical aid » antérieur aux réponses politiques nationales et internationales à l'épidémie de VIH/Sida.

Les observations qui appuient la perspective du VIH/Sida comme phénomène politique par contingence se greffent sur le fait que, dans ces trois pays, l'Etat ne conduit pas de politiques sociales qui le mettent au cœur de l'action sociale solidaire vis-à-vis des victimes de l'épidémie. Au Cameroun et au Burkina Faso, l'action des pouvoirs publics se limite à l'assistance médicale sur les seuls médicaments liés aux soins des infections dues à l'épidémie de VIH/Sida. Si au Cameroun, ces médicaments sont désormais gratuits, au Burkina Faso, en revanche, l'Etat agit de sorte que leurs coûts soient moins prohibitifs pour les ménages les plus modestes. Dans un cas comme dans l'autre, l'action de l'Etat est une profonde mise sous tutelle des financements internationaux dont dépend principalement l'action publique locale de la lutte contre le VIH/Sida. Elle consiste exclusivement à favoriser l'accès gratuit aux antirétroviraux dont les dépenses sont subventionnées par la reconversion des finances obtenues de la rente internationale via le Fonds

Global de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose ou l'Onusida et d'autres agences intergouvernementales d'aide au développement.

Au Cameroun, on note une participation significative de la GTZ dans le financement de ces politiques. Les politiques d'accès aux médicaments sont en grande partie soutenues par ces mécanismes de reconversion des financements collectés au Nord puis redistribués au Sud par le « Global Fund on HIV/AIDS » et d'autres programmes d'assistance technique et financière de la Fondation Bill Gates, de l'ONUSIDA, etc. En 2008, le Cameroun aurait obtenu 175 millions de dollars américains du Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. Ce qui représente la moitié de la participation de l'Etat français aux recettes de ce fonds. Or, le Cameroun n'est que l'un des 78 pays fortement soutenus par le Fonds global¹³².

En Afrique du Sud, par contre, l'action de l'Etat pour l'accès gratuit aux médicaments du VIH/Sida n'est qu'une action conjoncturelle qui intervient dans le cadre d'une politique plus globale d'aide médicale. Celle-ci concerne la prise en charge des dépenses de santé de tous les malades aux revenus modestes quel que soit le type de pathologie. Il n'y a pas de mécanismes politiques spécifiques qui rendraient explicitement gratuit l'accès aux médicaments antirétroviraux mais, un dispositif global qui voudrait que l'Etat assiste les populations aux revenus modestes, notamment celles qui habitent dans les townships. L'action des militants de la TAC a consisté

¹³² Rapport annuel du Fonds global de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme, 2008.

exactement à faire admettre que les pouvoirs publics avaient le devoir de prendre en charge les coûts des soins de santé engendrés par l'épidémie de VIH/Sida en inscrivant les traitements spécifiquement liés à cette épidémie dans ce dispositif social. En effet, jusqu'en 2003, les médicaments et les soins de santé de personnes séropositives n'étaient pas pris en charge par le « medical aid » de l'Etat sudafricain.

En conséquence, dans ces trois pays, le VIH/Sida n'est devenu un objet politique que par contingence. Il n'apparaissait pas a priori être du ressort de l'Etat de prendre en charge cette épidémie à propos de laquelle l'action publique au profit des malades est plutôt nourrie d'une part par les mécanismes de solidarité internationale et de l'autre, par les formes traditionnelles de solidarité familiale et communautaire.

Section 2

Le VIH/Sida dans l'agenda politique

Jean-Gustave Padioleau a développé le concept de l'agenda politique pour saisir cette sorte de trilogie : fait social, problème politique et action publique. En d'autres termes, ses travaux sur l'agenda politique visent à montrer comment une question sociale, construite en problème politique devient l'objet d'une action publique. Selon lui, l'agenda politique « comprend

l'ensemble de problèmes perçus comme appelant un débat public, voire l'intervention des autorités légitimes »¹³³.

Dans la perspective de Padioleau, l'inscription du VIH/Sida comme problème sur l'agenda politique a nécessité tout d'abord qu'il soit politisé c'est-à-dire qu'il soit construit en un objet capable de susciter le débat auprès des acteurs majeurs de la vie politique locale et de l'opinion publique en vue de mettre en action des publics spécifiques qui s'affrontent sur les moyens à mettre en œuvre pour y répondre. Jean-Gustave Padioleau prévoit quatre étapes de cette politisation : l'émergence du problème, c'est-à-dire que celui-ci soit « reconnu en tant que tel mais (que) sa formulation demeure générale »¹³⁴ ; la spécification du problème, c'est-à-dire que le problème soit « défini et des modalités d'intervention (soient) précisées »¹³⁵ ; la diffusion du problème dans les publics ; et l'entrée dans le système formel de décisions politiques.

Jean-Gustave Padioleau complète finalement les approches constructivistes développées autour du fait social. Dans ses analyses, on observe également le fait que tous les phénomènes sociaux ne soient pas comme des faits politiques ou n'engendrent pas forcément une qualification politique. Il y a un besoin d'opérer une transformation, une requalification ou une réappropriation pour

¹³³ J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, op. cit., p.25.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Ibid.

qu'un phénomène mute de la sphère privée à la sphère politique¹³⁶. C'est exactement cela le processus de « mise sur agenda politique » chez Padioleau et que Jacques Lagroye définira plus tard comme un processus de « politisation ». Un phénomène social suit, dans une démarche cognitive bien entendu, ce processus pour intégrer les arènes du pouvoir et ainsi être pris en charge par les acteurs politiques¹³⁷. Comme le note Elizabeth Sheppard, « un problème public est loin d'être un fait objectif, mais plutôt le produit d'un processus de problématisation (...): autrement dit, l'existence d'un fait objectif n'implique pas sa qualification automatique en tant que problème public »¹³⁸.

La mise sur agenda est une étape indispensable dans la théorie de l'émergence des problèmes publics même si, pour certains auteurs, elle ne suffit pas pour définir une action publique. Yves Mény et Jean-Claude Thoenig rappellent que « agir, c'est prendre des décisions ». Mais, qu'en est-il de la non-décision ? L'analyse de cette notion ne peut-elle pas éclairer les conséquences des controverses sud-africaines sur la production de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida ? L'insuffisance de politisation constatée au Cameroun et au Burkina Faso ne renseigne-t-elle pas paradoxalement sur le déficit de débats et de controverses internes sur la mise en œuvre de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida au moment où la communauté internationale s'empresse à élaborer les premières

¹³⁶ On peut approfondir la question avec Didier Fassin pour voir que les acteurs politiques aperçoivent l'épidémie du sida comme un facteur de désordre et de remise en cause de l'ordre social. Voir, D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, Karthala, 2000.

¹³⁷ L. N. Gerston, *Public Policy Making: Process and Principles*, M.E. Sharpe, New York, 1997.

¹³⁸ E. Sheppard, « Problème public », in L.

recommandations implémentées dans ces pays ?

1. La non-décision et la non-action dans l'agenda politique

La théorie de l'agenda politique semble ignorer que la « non décision »¹³⁹ tout comme la non action peuvent alternativement conduire à l'action publique ou mieux à enrichir ses dynamiques : elles seraient en fait une modalité de l'action publique. En rapport avec les préoccupations de Yves Meny et Jean-Claude Thoenig, la non action sur le VIH/Sida ou, pour dire exactement comme Fred Eboko, la « dissidence active » du gouvernement sud-africain postapartheid de Thabo Mbeki face aux premières politiques internationales de lutte contre le VIH/Sida, a largement été dénoncée en Afrique du Sud et ailleurs. Cette littérature virulente vis-à-vis de Mbeki et Mshabalala-Msimang rendait en partie compte de l'émotion et du choc collectifs face aux multiples visages de la maladie et de la souffrance de nombreux Sud-Africains pauvres, victimes des effets de longues années de l'apartheid et désormais d'une épidémie innommable. Didier Fassin parle de ces deux catastrophes, de l'apartheid au sida, comme d'une double tragédie¹⁴⁰.

¹³⁹ Th. R. Dye, *Understanding Public Policy*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1972.

¹⁴⁰ D. Fassin, (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 2004.

En réalité, cette campagne se fondait principalement sur des considérations morales, ignorant de fait les conditions techniques et politiques de l'émergence d'une action publique. Peut-on élaborer une action publique quelle qu'elle soit sans se donner les moyens de comprendre son référentiel, c'est-à-dire la représentation de sa réalité ? Comme le suggère Pierre Muller, l'action publique n'est pas seulement un espace où s'affrontent des acteurs en fonction de leurs intérêts mais, elle est aussi le lieu où une société construit son rapport au monde et donc les représentations qu'elle se donne pour comprendre et agir sur le réel tel qu'il est perçu : « *chaque politique passe donc par la définition d'objectifs qui vont eux-mêmes être définis à partir d'une représentation du problème, de ses conséquences et des solutions envisageables pour le résoudre* »¹⁴¹.

De fait, il ne s'agit pas de justifier les incapacités et les limites tout aussi nombreuses de l'administration Mbeki face à l'hécatombe du VIH/Sida mais plutôt, à partir des observations récentes et des entretiens marqués par un certain recul et produits auprès des acteurs politiques de gauche et de droite et auprès des militants associatifs en Afrique du Sud et ailleurs, d'analyser la non-décision et les controverses sud-africaines comme un moment particulièrement important dans la construction de l'action publique. On ne peut pas aujourd'hui ignorer les vertus politiques que révèlent la dynamique et les modes d'action issus de cette controverse. Il y a d'un côté, la posture de dissidence marquée par la négation de l'épidémie et de l'autre, les bénéfices politiques tirés des logiques et des dynamiques engendrées par les débats

¹⁴¹ P. Muller, « Référentiel », in L. Boussaguet, S. Jacquot et P. Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.370-371.

politiques et sociaux nourris au cours de cette période. L'action publique de lutte contre le VIH/Sida est née de cette controverse. Et, comme l'explique Elizabeth Sheppard, « pour être publicisé, un problème doit faire appel aux compétences des autorités publiques ainsi qu'à un débat public »¹⁴².

2. Les deux logiques d'entrer dans l'agenda politique

Le fait est que le gouvernement sud-africain et l'ensemble de mobilisations politiques et associatives à l'œuvre dans la lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, ont profité de cette longue période de non-décision pour clarifier et saisir les enjeux locaux et les dynamiques locales de l'épidémie de VIH/Sida. Aujourd'hui, ce pays, en comparaison avec le Cameroun et le Burkina Faso, est de loin l'un des symboles sinon le symbole d'une politisation du VIH/Sida achevée. L'Afrique du Sud est peut-être aussi, au vue des approches cognitives de l'action publique, l'unique cas où on peut réellement parler de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. L'Etat sud-africain a la maîtrise de tous les mécanismes de part en part, de l'élaboration à la mobilisation des ressources de toute sorte pour sa mise en œuvre. Cette action n'est pas tributaire des ressources exogènes. Elle est élaborée et mise en œuvre par les structures de l'Etat qui la finance de part en part. Les ressources humaines sont essentiellement constituées d'experts nationaux qui

¹⁴² E. Sheppard, « Problème public », Op. cit., p.351.

régulièrement produisent des savoirs fondés sur une expertise médicale locale.

La période de la non-décision et de la non-action, soutenue par des débats publics et un ensemble de controverses politiques, scientifiques et sociales internes, a permis l'émergence d'acteurs et d'institutions à partir des dynamiques locales et de la transformation progressive des mentalités et des représentations sociales de la santé et du corps.

A l'inverse, le Cameroun et le Burkina Faso ont été victimes d'une politisation inachevée, très liée certainement à ce que Fred Eboko appelle pour celui-là une « adhésion passive » et pour celui-ci, une « participation active » aux politiques internationales de lutte contre le VIH/Sida.

Cette implication rapide et précoce de la communauté internationale pour obtenir des acteurs politiques locaux la mise en œuvre de l'action publique nationale conforme aux recommandations et à l'expertise internationale, a eu pour effet quelque peu pervers de ne pas favoriser l'expression des dynamiques locales fondées sur des déterminants sociopolitiques locaux. Les premières politiques de lutte contre le VIH/Sida apparaissent plutôt comme un ensemble de recommandations politiques issues des logiques d'extraversion, avec un transfert des modèles qui ne trouvaient pas forcément de sens et de significations dans les habitudes et les représentations sociales locales. Au Cameroun, on évoque par exemple le triptyque « abstinence, fidélité, préservatif ». Or, la société camerounaise autorise le mariage

polygame. Du coup, l'idée de fidélité n'a plus de sens que considérée comme l'a souvent fait le CNLS dans une démarche de fidélité à « ses » partenaires. Aujourd'hui encore, les mécanismes politiques de lutte contre le VIH/Sida semblent souffrir d'un manque d'initiatives du fait de cette politisation inachevée parce que non accompagnée par des dynamiques sociales et partisanes locales et nationales.

Pourtant, on sait bien que les contours de l'action publique se dessinent dès lors que le problème commence à émerger et non lorsque les gouvernements décident de le prendre en charge. L'émergence est le fait que les acteurs constatent une certaine « anomalie »¹⁴³, il y a comme un dysfonctionnement ou une situation dont la survenance remet en cause l'ordre normal¹⁴⁴. Aussi, dans les politiques de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun, convient-il de bien cerner la phase d'émergence de l'action publique au cours de laquelle les autorités sanitaires découvrent les premiers cas de personnes atteintes du VIH/Sida même si, pour des raisons que nous évoquerons plus loin, à cette époque, il est difficile de parler d'une prise de conscience politique¹⁴⁵. Essayons d'analyser cette émergence à partir de la notion de politisation empruntée à Jacques Lagroye pour compléter la mise sur l'agenda politique.

¹⁴³ Emile Durkheim disait qu'un fait social est « normal » - au sens statistique et non moral - lorsqu'on le retrouve dans toutes les sociétés avec une certaine régularité. Le fait social devient, sous ce rapport, « pathologique », c'est-à-dire qu'il présente le signe d'une anomalie, lorsqu'on enregistre statistiquement un changement soudain de régularité. On lira E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1999.

¹⁴⁴ Lire D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, Karthala, 2000.

¹⁴⁵ On se réfère aux diverses infortunes dont le traitement politique du sida a fait l'objet dans ces trois pays.

Section 3

La politisation du VIH/Sida « à proprement parler »

L'analyse que présente Jacques Lagroye sur la politisation complète la perspective de Jean-Gustave Padioleau et paraît, à cet effet, utile pour notre démarche. Jacques Lagroye saisit la politisation comme un « processus de requalification des activités sociales les plus diverses, requalification qui résulte d'un accord pratique entre des agents sociaux enclins, pour de multiples raisons, à transgresser ou à remettre en cause la différenciation des espaces d'activités »¹⁴⁶.

La politisation participe de fait à la construction politique du VIH/Sida en ce qu'elle implique un changement dans la manière de considérer l'épidémie d'un phénomène strictement social à l'objet politique. Elle désigne pour cela, l'action qui consiste à donner un caractère politique ou à créer un enjeu de pouvoir sur une épidémie de VIH/Sida qui relevait à l'origine d'un simple arbitrage biomédical. Dans sa théorie de requalification, Jacques Lagroye précise que la politisation peut résulter en pratique de deux facteurs. En premier lieu, elle peut être le fait de l'intervention d'acteurs socialement constitués comme politiques dans une activité qui ne l'était pas a priori : c'est le cas, précise-t-il, du « détournement de finalité », c'est-à-dire de « l'intrusion de préoccupations et d'objectifs relevant de la politique, c'est-à-dire habituellement portées par des organisations et des acteurs politiques

¹⁴⁶ J. Lagroye, « Les processus de politisation », in J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Op. cit.

spécialisés »¹⁴⁷. Elle peut en second lieu, être le fait de l'énonciation par des acteurs agissant hors du champ politique du caractère plutôt politique des objets sur lesquels porte leur action. C'est le cas du « dépassement des limites »¹⁴⁸. Mais, qu'est-ce qui détermine la politisation ?

1. La publicisation comme canal de politisation du VIH/Sida

Pour analyser le processus de publicisation du VIH/Sida, il est également possible de s'intéresser aux différentes dimensions de la politisation. Selon Elizabeth Sheppard, un problème peut être politisé :

« 1) au sens où il mobilise différents publics (action sur la scène publique, mobilisation collective des différents acteurs impliqués, concernés par le problème ; 2) il devient public lorsqu'il pénètre dans l'arène publique, dans l'espace public, et qu'il est l'objet d'un débat public (il faut ici prendre en compte le rôle joué par les médias et l'inscription du problème sur l'agenda médiatique) ; 3) le problème est public s'il est pris en charge par des autorités publiques – pas nécessairement politiques – ou s'il est fait appel à ces autorités pour le

¹⁴⁷ Dans cette perspective, les acteurs reconnus comme appartenant aux champs politiques se saisissent des questions qui, au départ, relèvent plutôt d'un arbitrage privé et donc du champ social. Voir, J. Lagroye, *Ibid.*, p.365.

¹⁴⁸ Il s'agit ici des enjeux strictement politiques dont se saisissent en revanche les acteurs non politiques, c'est-à-dire, ceux qui agissent habituellement sur des registres strictement sociaux. Voir, J. Lagroye, « Les processus de politisation », in J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Op. cit.

résoudre ; 4) il est public, enfin, lorsqu'il est inscrit sur l'agenda politique et qu'il est objet de politisation »¹⁴⁹.

Partant des travaux de Jacques Lagroye, Camille Hamidi¹⁵⁰ montre pour sa part que la politisation résulte de deux phénomènes. D'une part, elle est le fait d'une requalification objective, « lorsqu'un enjeu ou un dossier qui se situe initialement hors du champ politique est saisi par des acteurs socialement définis comme politiques »¹⁵¹. D'autre part, elle est liée à une requalification subjective, lorsque les acteurs sociaux impliqués dans les activités strictement sociales viennent à labelliser leur préoccupation comme relevant désormais du champ politique ou des acteurs publics. Cette différenciation permet d'ailleurs d'étudier les jeux et les rôles des militants politiques engagés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

En Afrique du Sud, il y a une préoccupation qui se dégage régulièrement des entretiens et mêmes des observations sur les pratiques quotidiennes et les jeux d'influence des acteurs en charge de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Elle est relative à leur positionnement politique dans les appareils partisans. L'analyse consiste à interroger précisément la place et le rôle des hauts fonctionnaires, membres de l'ANC ou du puissant syndicat interprofessionnel de la COSATU, engagés dans les structures publiques de lutte contre le VIH/Sida. Cette double posture explique le conflit d'intérêt

¹⁴⁹ E. Sheppard, « Problème public », Op. cit., p.352.

¹⁵⁰ C. Hamidi, « Eléments pour une approche interactionniste de la politisation », in *Revue Française de Science Politique*, Volume 56, n°1, Paris, Presses de Sciences Po, février 2006.

¹⁵¹ C. Hamidi, Ibid., p.9.

constaté entre la ligne du parti politique dominant et les besoins réels des individus concernés par l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Souvent notables au sein de l'ANC et de la COSATU, ces acteurs administratifs sont en contact régulier avec les personnes vivant avec le VIH/Sida grâce entre autres à leur connexion avec les militants de la TAC et de nombreux réseaux personnels entretenus dans les Townships, leurs fiefs électoraux. A leur en droit, on peut également formuler l'interrogation de Camille Hamidi pour voir comment ils « opèrent et produisent concrètement la différenciation entre champ politique et administratif dans la gestion des dossiers qu'ils ont à traiter »¹⁵². Tout comme les théories de l'agenda politique et de la construction politique, la théorie de la politisation ne manque pas de limites.

2. Les limites de la théorie de la politisation

Dans leur analyse de la dynamique de politisation, Yves Mény et Jean-Claude Thoenig¹⁵³ proposent que soient évités quelques obstacles. Nous en retiendrons trois principaux, à savoir la « description plate » des processus de politisation, la « fascination décisionnelle » qui voudrait que soit valorisée la seule décision comme moment-clé d'une action publique et la « dérive macro-contextuelle mécaniste » qui présente une action publique comme

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Y. Mény et J.-C. Thoenig, *Politiques publiques*, Paris, PUF, Coll. Thémis, 1989, pp.159-160.

surdéterminée par des causes relevant d'un autre ordre de choses. Par contre, dans notre cas, il nous semble très difficile de ne pas tomber dans ces pièges.

Tout d'abord, la compréhension du processus de politisation d'une épidémie évolutive et insaisissable comme celle du VIH/Sida veut que soit présentée une lecture linéaire de différents moments ayant finalement conduit à la décision politique y compris le rôle de différents acteurs ou groupes d'acteurs ayant influencé ce processus. Il est par exemple difficile d'analyser les processus de politisation et de construction de l'action publique en Afrique du Sud en méconnaissant les trajectoires socio-historiques du mouvement de contestation sud-africain à partir des luttes contre l'apartheid ou de mettre dans l'oubli la place des mouvements politiques, des mouvements sociaux et d'acteurs collectifs tels l'ANC, le COSATU, le GASA, la TAC et la place des militants significatifs dans ce mouvement.

Dans la plupart des cas, les travaux disponibles sur les processus de politisation et de structuration de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, soulignent précisément le rôle prépondérant de ces leaders associatifs et, dans l'espace public, de la place particulière du chef de l'Etat (ou de la Première dame, pour le cas du Cameroun). Ces acteurs ont un rôle déterminant dans la prise de décisions publiques sur le VIH/Sida soit en conduisant des mobilisations sociales internes par la reconversion des ressources d'extraversions, soit en infléchissant l'impact de ces dynamiques sur les politiques publiques locales.

Au Burkina Faso, jusqu'à ce jour, le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida est statutairement placé sous la responsabilité du Président de la République. C'est un organe qui dépend directement de la Présidence de la République et non du Ministère de la santé comme c'est le cas au Cameroun. En revanche, au Cameroun, les décisions politiques sur les réponses à l'épidémie du VIH/Sida sont largement influencées par un dispositif parallèle organisé autour de la Première dame, Chantal Biya. La Fondation Chantal Biya est en quelque sorte le doublement du CNLS et même des services du VIH/Sida du Ministère de la santé, sur les questions relatives à la lutte contre cette épidémie notamment sur la prise en charge des femmes séropositives et sur la prévention de la transmission périnatale. La Fondation Chantal Biya est d'ailleurs installée à côté du siège du CNLS à Yaoundé. Son centre de prise en charge thérapeutique est animé par les experts du CNLS associés à d'autres praticiens en service au prestigieux laboratoire Louis Pasteur de Yaoundé. En fait, ce dédoublement d'acteurs et de structures dans la lutte contre le VIH/Sida est constaté à plusieurs niveaux. Il semble pour cela fondamental dans la construction du VIH/Sida comme objet politique – ou non – et comme tel, il mérite une place qui lui sied dans notre analyse. Il y a comme une pluralité d'institutions qui font pourtant travailler les mêmes experts mais dans différentes équipes, autour du CNLS, du centre Louis Pasteur, de l'hôpital de jour et de la Fondation Chantal Biya. Comme un symbole de cette transhumance, toutes ces structures sont installées dans le même périmètre au tour de l'hôpital central de Yaoundé.

Par ailleurs, les entretiens conduits auprès d'acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso, indiquent d'autres facteurs objectifs de son inscription dans l'agenda

politique : dans les trois pays, on souligne les mobilisations politiques et associatives exogènes et leur translation sur les scènes locales ; en Afrique du Sud et au Burkina Faso, on évoque également les capacités des acteurs associatifs à influencer sur les représentations et les décisions politiques ou même à conduire des mobilisations collectives autonome sur le champ d'action publique ; au Cameroun, on insiste sur les capacités de l'élite politique et intellectuelle locale à mobiliser les bailleurs de fond et les partenaires internationaux pour le financement des politiques publiques locales ; en Afrique du Sud, on souligne également la propagation du VIH/Sida dans l'élite politique, intellectuelle et associative locale ; au Cameroun et au Burkina Faso, on note également les effets des nouvelles conditionnalités de l'OMS et du PNUD dont la production des statistiques issues de la surveillance épidémiologique constituait un élément fondamental pour accéder au programme de financement des politiques locales de lutte contre le VIH/Sida. Tous ces facteurs expliquent à divers degrés l'inscription du VIH/Sida dans l'agenda politique en Afrique du sud, au Burkina Faso et au Cameroun.

Mais, avant de développer ces éléments, nous pouvons d'abord nous demander pourquoi la lutte contre le VIH/Sida a connu des infortunes diverses en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun alors même que ces victimes avaient un visage.

Chapitre 2 -

LE « CONTEXTE » COMME OBSTACLE A L'EMERGENCE DE L'ACTION PUBLIQUE

L'idée de contexte renvoie à l'analyse de la notion de temporalité. Celle-ci permet de montrer comment le contexte ou le moment conjoncturel a pu être défavorable à l'émergence de l'action publique de la lutte contre le VIH/Sida en Afrique. La perspective de la temporalité est soutenue par deux raisons dont la première, est d'ordre phénoménologique et la seconde relève de l'épistémologie.

Du point de vue phénoménologique, il s'agit de s'attacher aux arguments selon lesquels les principes fondateurs et les dynamiques à l'œuvre dans une action publique quelle qu'elle soit prennent souvent forme au cours de la fabrication et/ou de l'appropriation publique de son objet¹⁵⁴. Ainsi, appréhender l'action publique de lutte contre le VIH/Sida dans ces trois contextes nationaux si diversifiés et complexifiés¹⁵⁵ par l'ensemble d'intérêts partisans et exogènes en conflits, exige deux présupposés majeurs. D'un côté, il faut tenter d'apprécier cette action publique non seulement à partir de son propre référentiel mais aussi en tant que processus dans la longue durée et mécanisme constitué d'acteurs, de normes, de valeurs et d'institutions ; et de l'autre, il faut essayer d'admettre que cette action publique ne puisse pas être saisie à partir des seuls problèmes contemporains et de ses effets, ceux-ci étant parfois conjoncturels.

¹⁵⁴ L. N. Gerston, *Public Policy Making: Process and Principles*, M.E. Sharpe, New York, 1997.

¹⁵⁵ Voir en introduction, la justification du choix de terrain et des méthodes comparatives appliquées à cette étude.

Du point de vue épistémologique, la relecture voulue de la genèse de l'action publique de la lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso, pourrait s'accommoder du cadre méthodologique et conceptuel de deux théories complémentaires en analyse des politiques publiques, même si celles-ci sont issues d'autres terrains et d'autres expériences épistémologiques : il s'agit des théories de la politisation¹⁵⁶ et de l'agenda politique¹⁵⁷ que nous avons exposées dans le chapitre précédent. Les travaux de Jean-Gustave Padioleau et ceux de Jacques Lagroye¹⁵⁸ permettent d'aborder ici la question du pourquoi et du comment une question comme le VIH/Sida pouvait devenir ou non l'objet d'une action publique. Ici, on ne s'intéresse pas encore aux infortunes plutôt différenciées selon les contextes nationaux de réponses à cette épidémie mais plutôt aux différentes formes de mobilisations contre le VIH/Sida.

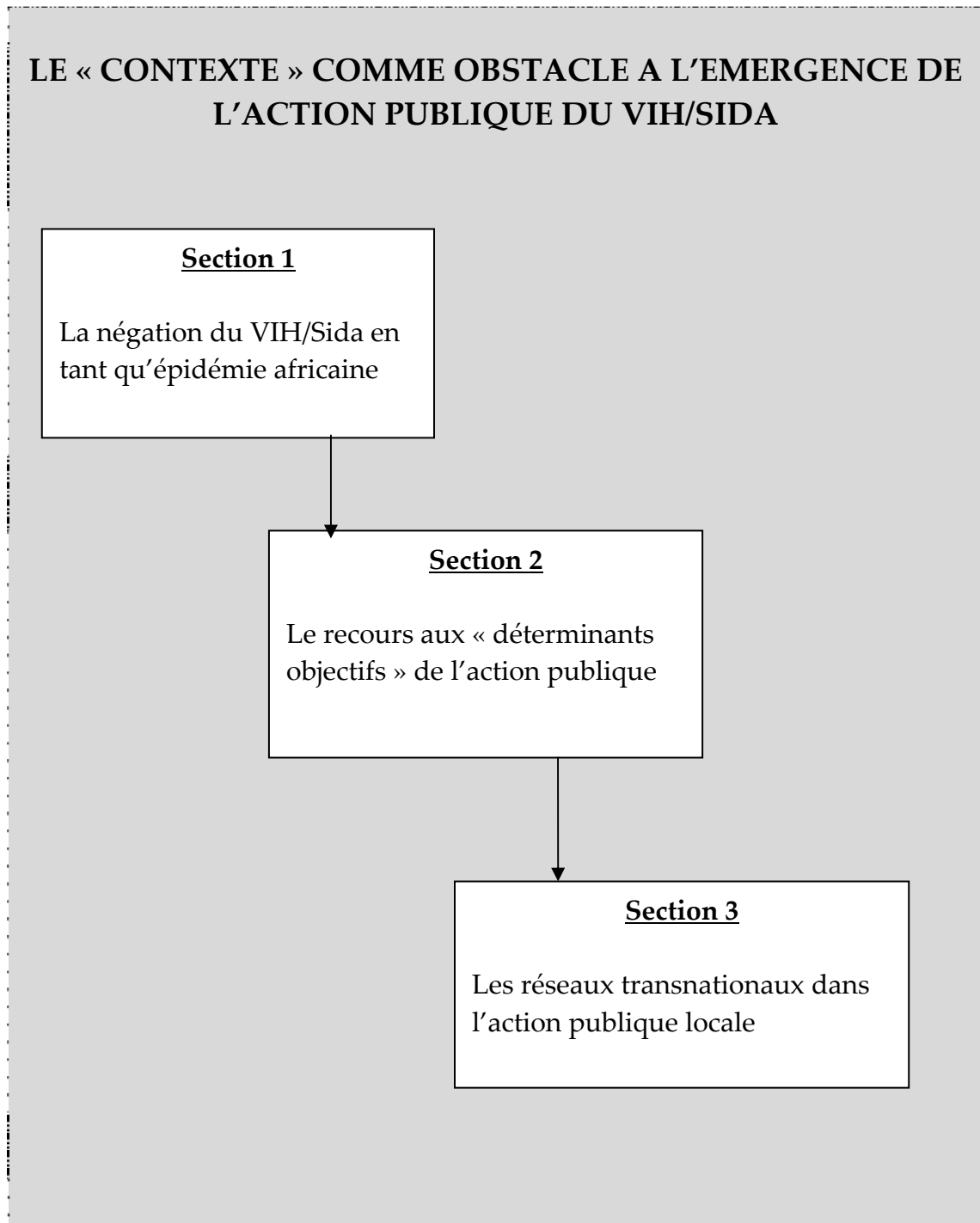
Sous ce rapport, les obstacles conjoncturels à l'émergence de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida sont analysés à partir de la rhétorique de la négation de l'épidémie (section 1), des « déterminants objectifs » (section 2) et de la bureaucratisation internationale des mécanismes de gestion de l'épidémie (section 3).

¹⁵⁶ Jacques Lagroye a dirigé une publication consacrée à la *politisation* dans laquelle les différents auteurs tentent d'analyser, à partir de prismes très variés, les usages des mobilisations sociales dans les arènes politiques et inversement, les intrusions des acteurs dont les dynamiques relèvent plutôt du champ politique traditionnel, dans les enjeux sociaux. Voir, J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003.

¹⁵⁷ La théorie de l'agenda politique a été développée par Jean-Gustave Padioleau. Voir, J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, Paris, PUF, 1982.

¹⁵⁸ On se réfère précisément à son article dans cette œuvre collective qu'il a dirigée. Voir, J. Lagroye, « Les processus de politisation », in J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003, pp.359-372.

Positionnement panoramique du deuxième chapitre



Section 1

La négation du VIH/Sida en tant qu'épidémie africaine

Dans ses travaux primaires sur les aspects politiques de l'épidémie du VIH/Sida, Didier Fassin tentait déjà de s'interroger sur cette mutation du fait social à l'objet politique en avançant le postulat de « l'ordre social ». En ce sens, pour Didier Fassin, le VIH/Sida devient un objet politique dès lors que les entrepreneurs politiques commencent à le percevoir et à le construire comme un facteur de remise en cause de l'ordre social¹⁵⁹. Il semble cependant que le principe d'ordre social n'ait pas été suffisamment construit en tant que tel pour que le VIH/Sida soit politisé en Afrique du Sud où, malgré le niveau de débat et les conséquences de la maladie sur les rapports sociaux et les structures économiques, on a attendu un peu plus de 20 ans pour que les décisions politiques commencent à émerger.

En effet, les débats sur le VIH/Sida au moment où l'épidémie commence à émerger comme problème social en Afrique se sont très tôt focalisés sur l'identité et le statut du malade. La principale question était de coller un visage, d'attribuer une identité ou de nommer la catégorie sociale de la victime. On ne s'intéressait pas aux conditions qui pouvaient entraîner son inscription sur l'agenda politique. Ces débats-là étaient source de la culpabilisation : on parlait de l'homosexuel, du blanc et peu à peu, on a glissé sur la recherche très « racialisée » de l'origine du virus. Ce glissement vers

¹⁵⁹ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, Karthala, 2000.

l'origine dite africaine de l'épidémie¹⁶⁰ mettait au grenier, comme un à côté négligeable, ses effets éventuels sur les populations¹⁶¹ et la nécessité de la construire comme objet politique.

1. Les débats sur l'origine africaine du VIH/Sida

Dès le début des années 80, alors que les premiers cas de personnes contaminées en Afrique commencent à inquiéter la communauté internationale et les sociétés africaines fortement menacées par le délabrement des structures de santé publique, l'Afrique devient rapidement

¹⁶⁰ N. Lydié, *Les chemins du sida : migrations, mouvements de population et infection à VIH au Cameroun*, Thèse de doctorat en géographie, Université de Paris I – Panthéon Sorbonne, mai 2001.

¹⁶¹ Plusieurs études insistent sur les conséquences du VIH/Sida sur le développement économique des pays africains sévèrement touchés par l'épidémie et, la plupart se sont intéressées au cas sud-africain pour illustrer ce désastre. A côté des travaux de J. Hayem déjà évoqués, on peut lire C. O'Manique, *Neoliberalism and AIDS crisis in Sub-Saharan Africa : globalization's pandemic*, Houndmills, Palgrave Macmillan, 2004 ; A. W. Whiteside and N. Poku, *The political economy of AIDS in Africa*, Aldershot, Ashgate, 2004; A. W. Whiteside and alii, *The impact of HIV/AIDS on planning issues in Kwazulu-Natal*, Pietermaritzburg, Town and regional planning commission, 1995; J. Dirks, *The socio-economic impact of HIV/AIDS in South Africa*, Bremen, Universität Bremen, Afrika Studiengruppe, 1995; F. Ahwireng-Obeng and G. Akussah, *The impact of HIV/AIDS on African economics*, Pretoria, Africa Institute of South Africa, 2003; J. Isaksen, Arild Spissøy and Nils Gunnar Songstad, *Socio-economic effects of HIV/AIDS in African countries*, Bergen, Michelsen Institute, 2002; L. Ellis and J. Terwin, *The impact of HIV/AIDS on selected business sectors in South Africa, 2004*, Stellenbosch, Bureau for economic research, Stellenbosch university, 2004; D. Fassin (dir.), *Afflictions : Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Op. cit.

l'épicentre de l'épidémie du VIH/Sida¹⁶².

Certains travaux commandés par l'OMS via les enquêtes du Global Program on HIV/AIDS postulent très vite, sur fond d'analyses anthropologiques de qualité, que les cultures africaines favoriseraient la propagation de l'épidémie¹⁶³. Paradoxalement, la problématique de l'origine spatio-temporelle du virus du Sida surinvestit les premières analyses des chercheurs et des acteurs politiques de tout bord, autour des années 1980. Cette origine semble remonter à l'Afrique précoloniale.

Sous cet élan, certains médias et chercheurs proposent un ensemble de discours et de travaux scientifiques à caractère ethnocentrique qui lient inéluctablement l'origine du virus du VIH/Sida au continent africain¹⁶⁴ alors que les premiers cas étaient identifiés loin de l'Afrique, dans une communauté d'homosexuels américains.

¹⁶² On se réfère à la communication de Fred Eboko à l'atelier de Yaoundé sur « Normes, Sociétés et politiques publiques en Afrique », octobre 2006.

¹⁶³ Pour une discussion sur les travaux qui expliquent l'implosion du VIH/Sida en se fondant sur le fait que les cultures africaines favorisent le développement de la maladie, on lira Peter Sarpong, « L'influence des pratiques culturelles sur la propagation du VIH/Sida », in M. Czerny (dir.), *Sida en Afrique : que pense l'Eglise ?*, Abidjan, Les Editions du CERAP, 2006 ; F. Nubuasah, « La stigmatisation et la discrimination », in Michael Czerny (dir.), *Sida en Afrique : que pense l'Eglise ?*, Op. cit. ; B. Bujo « Quelle morale pour le problème du Sida en Afrique ? », in M. Czerny (dir.), Ibid. ; G. Tshikendwa Matadi, *De l'absurdité de la souffrance à l'espérance : une lecture du livre de Job en temps du VIH/Sida*, Kinshasa, MédiasPaul, 2005 ; R. Downing, *As They See It : The Development of the African AIDS Discourse*, London, Adonis & Abbey Publishers, 2005 ; S. Mappa, *Le savoir occidental au défi des cultures africaines : former pour changer ?*, Paris, Karthala, 2005.

¹⁶⁴ S. Sontag, *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgeois, 1989.

Ce discours sème le trouble dans un contexte d'angoisse et de craintes face à une maladie largement insaisissable aussi bien par les chercheurs que par les politiques qui, par ailleurs, éprouvent quelques difficultés à se mobiliser. Ces postures, bien que scientifiquement soutenables, s'avèrent très vite contre-productives pour la politisation attendue de l'épidémie. En effet, ces incriminations provoquèrent un repli identitaire et culturel, cette sorte de nationalisme fondamental par lequel les acteurs politiques de tout bord, voulaient se protéger, à défaut d'avoir les moyens de répondre aux défis de l'épidémie.

Partout en Afrique, on a noté le développement d'un sentiment de frustration collective dans les milieux universitaires et politiques. C'est ce sentiment qui peu à peu glisse vers la négation¹⁶⁵ de l'épidémie du VIH/Sida par les pouvoirs publics en Afrique. Dans ce cadre, « prendre des décisions pour la traiter constituait à leurs yeux, une reconnaissance de l'épidémie du VIH/Sida comme réalité africaine »¹⁶⁶.

En fait, les élites africaines ont très rapidement reproduit les théories de Sontag, argumentant que le VIH/Sida était la maladie de l'autre¹⁶⁷, de

¹⁶⁵ Fred Eboko le note lorsqu'il souligne que l'Afrique du sud est l'exemple de la *dissidence active* face aux politiques publiques du sida proposées par l'OMS au milieu des années 80. Voir F. Eboko, « Les sociétés africaines face au sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », in *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Yaoundé, Les Grandes Editions, 2005, pp.59-65

¹⁶⁶ Flavien Ndoko, entretiens des 11 et 17 novembre 2004 à Yaoundé (Cameroun).

¹⁶⁷ Donna Smith, entretien du 23 février 2006 à Soweto, Johannesburg (Afrique du Sud).

l'Étranger¹⁶⁸ et de l'homosexuel¹⁶⁹ avec en toile de fond les débats sur les catégories raciales¹⁷⁰.

2. La controverse comme réponse aux initiatives internationales

L'idée de controverse est ici très forte. Elle apparaît dans tous les entretiens non pas seulement en Afrique du Sud où elle a été stigmatisée comme facteur de développement de l'épidémie pendant toute la période de transition postapartheid mais aussi dans des pays qui se sont soumis très tôt aux politiques internationales de lutte contre le VIH/Sida. Chez Pierre Lascoumes,

¹⁶⁸ La mise en cause de l'étranger illustrée également dans le débat sur l'origine du sida n'est pas propre à cette épidémie. Les noms que portait la syphilis au moment où elle semait le désastre en Europe au XV^{ème} siècle montrent à suffisance le besoin d'attribuer une origine étrangère à une maladie redoutée : à cette époque, la syphilis était nommée "variole française" en Angleterre, "morbus germanicus" à Paris, "maladie de Naples" à Florence, "mal chinois" au Japon. Lire S. Sontag, *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Op. cit.

¹⁶⁹ Jusqu'à une date très récente, l'homosexualité était considérée comme un délit sanctionné par la loi pénale. Si au Cameroun et au Burkina Faso la loi n'a pas changé, en Afrique du Sud, la Constitution postapartheid de 1996, interdisant expressément la discrimination fondée sur les pratiques sexuelles a ouvert quelques droits aux homosexuels, si bien que la Cour Constitutionnelle a récemment ordonné au gouvernement de légaliser le mariage homosexuel. En novembre 2006, le Parlement sud-africain a émis un vote favorable pour le mariage des personnes homosexuelles dans ce pays. Au Cameroun, on se souviendra encore de ce qui est devenu le scandale public de la fin de l'année 2005 suite à la publication par un Journal local de la liste des prétendus « homosexuels de la Nation ». Dans tous les cas, la réalité n'a pas changé car les mentalités évoluent moins vite que le droit.

¹⁷⁰ En Afrique du Sud, pendant les régimes d'apartheid le Sida était la maladie des Noirs alors qu'au Cameroun et au Burkina Faso, elle était la maladie des Blancs.

les controverses sont considérées « comme des temps d'exploration et de stabilisation des enjeux durant lesquels la diversité des dimensions, la pluralité des acteurs engagés et des voies d'action possibles sont envisagées avant la clôture politique »¹⁷¹. Mais, dans l'affrontement entre les points de vue divergents sur la politisation du VIH/Sida, les controverses ont été construites comme un rempart. Elles renvoient en effet à un déficit politique dans la mise sur agenda de ce qui, dans d'autres espaces, est très rapidement devenu un problème public¹⁷².

La controverse sur l'origine africaine du virus du Sida a eu pour effet de déclencher une campagne africaine non de riposte pour prévenir les nouvelles contaminations et contrôler la maladie mais de refus des effets de l'épidémie ou même de sa présence réelle en Afrique¹⁷³. C'est donc d'une politisation à effets inversés qu'il s'agit ici, à défaut d'inscription sur l'agenda politique.

D'autres développements peuvent permettre de bien cerner cette rhétorique de la négation en Afrique, au-delà de l'Afrique du Sud, du Cameroun et du Burkina Faso. En fait, il y a eu une quasi-unanimité africaine sur le refus des conclusions de travaux qui s'attachaient à montrer que le virus du Sida serait parti de l'Afrique. Lydié se réfère, par exemple, à la controverse dite de la

¹⁷¹ P. Lascoumes « Controverse », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.123-130.

¹⁷² P. Laborier et D. Trom, *Historicités de l'action publique*, Paris, PUF, CURAPP, 2003.

¹⁷³ N. Lydié, *Les chemins du sida : migrations, mouvements de population et infection à VIH au Cameroun*, Op. cit.

« télévision publique zaïroise ». A partir de 1982, grâce aux statistiques réunies par l’OMS par le biais des enquêtes du Global Program on HIV/AIDS, le Zaïre¹⁷⁴ est de plus en plus reconnu comme le pays le plus touché d’Afrique. En même temps, ce pays est, dans plusieurs publications scientifiques concordantes, identifié comme le berceau du sous type de virus du Sida, le VIH1.

Par l’effet de la controverse et du repli nationaliste, la télévision publique zaïroise recommande à la population locale « d’éviter de manger des conserves de l’étranger pour ne pas attraper le Sida ». De leur côté, les autorités du Zaïre interdisent de publier¹⁷⁵, à Kinshasa, les chiffres d’une nouvelle enquête qui confirment que le Zaïre est réellement affecté par cette épidémie¹⁷⁶. A la même période, le gouvernement du Kenya fait interdire de publications et d’interviews les chercheurs belges et français admis à y travailler sur la séropositivité des prostituées de Nairobi¹⁷⁷. On sait bien que, partout en Afrique, les prostitués et les homosexuels étaient, aux premières heures de l’épidémie, définis comme les groupes de population à risque.

A cette époque, c’est-à-dire autour de 1984, les débats politiques tels qu’ils étaient rapportés par les médias occidentaux et les élites politiques africaines,

¹⁷⁴ Actuelle République Démocratique du Congo.

¹⁷⁵ En 1986, *The Times* présentait Kinshasa comme la « capitale mondiale du sida », suite aux premiers résultats d’enquêtes sociologiques publiés aux Etats Unis estimant à environ 3500 le nombre de Kinois (habitants de Kinshasa) atteints du sida.

¹⁷⁶ M.D. Grmek, *Histoire du sida*, Paris, Payot, 1990.

¹⁷⁷ S. Nédélec, « Repères chronologiques » in *Le Journal du sida*, n°86-87 spécial Afrique, 1996.

ne consistaient pas à penser des politiques publiques réactives face aux effets socio-économiques du VIH/Sida¹⁷⁸. Cette attitude, nourrie par la controverse de l'origine africaine du virus du Sida, peut aussi, à notre sens, justifier en partie le constat que Fred Eboko¹⁷⁹ dégage. Dans ses enquêtes sur les attitudes de différents gouvernements africains face aux politiques internationales de lutte contre le VIH/Sida, il analyse entre autres, les postures de « l'adhésion passive » du Cameroun, de la « participation active » du Burkina Faso et de « la dissidence active » de l'Afrique du Sud à ces politiques.

Cette rhétorique de la négation du VIH/Sida et, par ricochet, les contrevérités qu'elle annonce¹⁸⁰, révèle le malaise partagé par les gouvernements et les intellectuels africains désarmés et en même temps, politiquement en perte de

¹⁷⁸ Nous reviendrons sur les perspectives théoriques de Bruce Smith qui présentent les politiques publiques réactives comme celles pour lesquelles les référentiels sont élaborés en réaction aux sollicitations parfois imprévisibles qui surviennent en résolvant d'autres questions sociales. Voir : B. Smith, *Politiques publiques et participation publique : engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques*, Direction de la santé de la population et de la santé publique, Bureau de la Région de l'Atlantique, Santé Canada, 2003.

¹⁷⁹ F. Eboko, « Les sociétés africaines face au sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », in *Terroirs, revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Yaoundé, Les Grandes Editions, 2005, pp.59-65.

¹⁸⁰ L'imaginaire populaire aidé par le refus des pouvoirs publics de s'intéresser à la question du Sida, a forgé diverses représentations fausses du malade et de l'épidémie du Sida. On a longtemps enseigné plusieurs équations en lien avec le Sida : pour Thabo Mbeki, nouveau président sud-africain à partir de 1999, le Sida=maladie des Blancs ; pour Pascal Lissouba, alors président du Congo, le Sida + la drogue=Rwanda ; pour les jeunes des milieux populaires de Yaoundé, le Sida signifie Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux ; pour Jacob Zuma, ancien Vice président sud-africain et récemment élu président de l'ANC, après une relation sexuelle à risque, c'est-à-dire, après une relation sexuelle avec un individu supposé séropositif, on peut se mettre à l'abri de la contamination en prenant rapidement une douche.

légitimité au moment où le Sida apparaîtrait comme problème¹⁸¹. Cette situation n'est donc pas due à « l'absence de sérieux » de « la classe politique », comme l'a pensé une certaine littérature militante sur l'Afrique du Sud, ni même pas toujours à des malformations ou des insuffisances institutionnelles que certaines recherches associent très souvent aux cas camerounais et burkinabé « mais d'abord aux contraintes propres à l'action publique »¹⁸² à savoir, l'émergence d'un débat politique grâce à la mobilisation de l'opinion et des relais sociaux autorisés, l'identification de mesures à prendre pour gérer les décisions politiques, etc.

3. L'alignement des intellectuels sur les postures politiques

En 1985, les intellectuels africains, parmi lesquels des scientifiques et des médecins, se déclarent choqués par la « nouvelle campagne de dénigrement

¹⁸¹ Fred Eboko montre que l'avènement du sida comme réalité épidémiologique et épreuve de santé publique rencontre des Etats africains fragilisés par une marginalisation économique et une déliquescence des ressources matérielles et politiques. Voir, F. Eboko, *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Thèse de doctorat en science politique, IEP de Bordeaux, 2002 ; on lira également M.-E. Gruénais et al., « Le sida en Afrique, un objet politique ? », in *Bulletin de l'APAD*.

¹⁸² J. Leca, « Sur le rôle de la connaissance dans la modernisation de l'Etat et le statut de l'évaluation », *Revue française d'administration publique*, Paris, Institut International d'Administration Publique, n°66, avril-juin 1993.

lancée contre l’Afrique noire »¹⁸³ en présentant le continent africain comme le berceau du VIH/Sida alors même que les statistiques de l’OMS montrent à cette époque que le continent africain commence à être touché par cette épidémie dont les conséquences y sont plutôt à craindre pour deux raisons : d’une part, le continent souffre d’une déficience de structures sanitaires de qualité, capables d’assurer la surveillance épidémiologique¹⁸⁴ et de l’autre, il est miné par d’autres endémies au rang desquelles la malaria et la tuberculose qui continuent à y faire des ravages. Mais tout y est fait de sorte que le VIH/Sida, son développement et ses conséquences soient encore banalisés.

A la première conférence internationale¹⁸⁵ sur le VIH/Sida, l’OMS peu informée sur ce qui était en cours de devenir la vraie catastrophe

¹⁸³ S. Nédélec, « Repères chronologiques » in *Le Journal du sida*, n°86-87 spécial Afrique, Op. cit., pp.4-8.

¹⁸⁴ Le VIH/Sida est aujourd’hui l’un des révélateurs de l’inexistence du système de sécurité sociale en Afrique où divers travaux anthropologiques ont clamé la soi-disant solidarité sociale. Il ne suffit pas d’adopter des politiques d’accès gratuit aux antirétroviraux mais il faut également penser aux problèmes très larges que soulève l’épidémie à l’égard du système de sécurité sociale. Ce d’autant plus que le VIH/Sida se développe au sein des couches sociales les plus pauvres et les plus vulnérables qui n’ont pas de revenu sûr ou qui ont des revenus si faibles qu’elles ne peuvent pas se loger, ne peuvent pas accéder au système de santé et ne peuvent pas se nourrir alors que les antirétroviraux exigent une bonne alimentation. Certains malades rencontrés à Soweto se retrouvent avec des antirétroviraux mais sans avoir la possibilité de se nourrir pendant plusieurs journées entières. La mise sous traitement nécessite une restructuration du système de santé publique, notamment dans le cadre des mécanismes hospitaliers de la surveillance épidémiologique et de la prise en charge thérapeutique des personnes sous antirétroviraux. Voir A. Desclaux et C. Raynaud (dir.), *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, 1997.

¹⁸⁵ Il s’agit ici de la Conférence internationale sur le sida qui s’était tenue à Bruxelles en octobre 1985.

épidémiologique de l'Afrique, minimise à 700¹⁸⁶ le nombre de personnes séropositives en Afrique. Ces estimations étaient faites sur la base des seuls cas déclarés à cette époque par le Malawi, le Botswana et la Zambie. Les gouvernements et médecins africains, se considérant toujours au banc des accusés, boycottèrent les travaux de cette conférence alors que, les médecins belges et français ne parvinrent pas à y faire admettre la nécessité d'une importante intervention de la communauté internationale en Afrique, compte tenu des pronostics épidémiologiques qu'ils pouvaient formuler à cette époque. Ainsi, pour les acteurs politiques et les intellectuels africains tout comme pour les experts internationaux, le VIH/Sida apparaissait encore comme une cause mineure au moment où l'épidémie se développait réellement sous silence, sans susciter des vraies réponses politiques locales et internationales.

Ce double paradoxe, l'hypocrisie qu'il a suscitée et la « dissidence active » se sont très rapidement incarnés dans les prises de positions publiques du nouveau régime politique post-apartheid en Afrique du Sud, plutôt animé

¹⁸⁶ De 700 cas en 1985, l'Afrique subsaharienne se retrouve en fin 2006, soit un peu plus de 20 ans après, avec environ 25 millions de personnes atteintes par le VIH/Sida, soit environ 70% des personnes infectées par l'épidémie sur la planète vivent en Afrique alors que ce sous continent n'abrite que 10% de la population mondiale.

par les ambitions de la consolidation de l'ANC¹⁸⁷ et d'une société sud-africaine multiraciale exorcisée des démons et de la hantise de l'implosion sociale et de conflits interethniques. A partir de 1992, avec la libéralisation politique pour le multipartisme et la fin de la ségrégation raciale, l'Afrique du Sud se trouvait au bord de l'implosion sociale. Des tensions postapartheid étaient perceptibles d'une part, entre la minorité blanche et la majorité noire et de l'autre, à l'intérieur de la population noire, entre les nationalistes Zulu¹⁸⁸ de l'Inkatha dont le leader était Buthelezi et les Xosa et Zulu, rangés au sein de l'ANC derrière Nelson Mandela et son successeur, Thabo Mbeki. Aujourd'hui encore, diverses formes de tensions restent vivaces au sein de l'ANC où les Zulu et les Xosa continuent à nourrir une sorte de haine mutuelle¹⁸⁹. En effet, les Zulu¹⁹⁰ ont aujourd'hui pris fait et cause pour le très controversé chef de l'ANC, Jacob Zuma alors que les Xosa, derrière Thabo

¹⁸⁷ Fondé par David Tambo au moment de l'apartheid, l'ANC a soutenu la candidature de Nelson Mandela au cours des premières élections démocratiques multiraciales de 1994. Elu à cet effet, comme premier président Noir d'Afrique du sud, Mandela s'évertuera, tout au long de son mandat, à faire de l'Afrique du Sud un pays où Blancs et Noirs cohabitent en paix, malgré le poids du passé. Le 27 mars 1999, devant le Parlement, il prononce son dernier discours après cinq années à la présidence. Celui qui déclarait : « *Nous sommes perçus comme le seul pays qui ait donné au monde un moyen de résoudre ce qui était considéré comme d'insolubles problèmes* » quittera volontairement le pouvoir à 80 ans, après les secondes élections du 2 juin 1999.

¹⁸⁸ Sur le nationalisme Zoulou, on lira D. Golan, *Inventing Shaka: using history in the construction of Zulu nationalism*, Boulder, Lynne Rienner, 1994.

¹⁸⁹ Voir S. Buthelezi et A. Bujra, *Leadership, civil society and democratisation in Africa: case studies from Southern Africa*, Addis Ababa, Development policy management forum, 2002; E. Le Roux et S. Buthelezi, *South Africa since 1994: lessons and prospects*, Pretoria, Africa Institute of South Africa, 2002; S. Buthelezi, *South Africa: the dynamics and prospects of transformation*, Harare, SAPES Books, 1995.

¹⁹⁰ On lira le texte de Buthelezi lui-même, voir G. Buthelezi, *Policy speech, first session of the fifth Kwazulu Legislative Asssembly*, inédit, 1989; on lira également Mzala et A. Bouillon, *Buthelezi et l'Inkatha: le double jeu*, Paris, L'Harmattan, 1993; Mzala, *Gatsha Buthelezi: chief with a double agenda*, London, Zed Books, 1988; G. Maré et G. Hamilton, *An appetite for power: Buthelezi's Inkatha and South Africa*, Johannesburg, Ravan Press, 1987.

Mbeki, essaient de s'organiser autour de Mosuioa Lekota¹⁹¹, l'ex-Ministre de la défense dans le gouvernement de Thabo Mbeki¹⁹².

On connaît bien la place que la nouvelle Afrique du Sud post-apartheid, principale puissance économique, médicale et pharmaceutique africaine, occupe dans les relations internationales africaines et les espoirs que sa renaissance suscite auprès des populations du continent noir. A cet égard, le discours négationniste des leaders politiques sud-africains par ailleurs soutenu par des démonstrations scientifiques, consolidait les prises de position encore moins affirmées d'autres leaders politiques africains et réconfortait les populations qui ne croyaient pas aux effets et même à l'existence du VIH/Sida comme réalité sanitaire contre laquelle il fallait conduire des politiques réactives. Les campagnes de sensibilisation et les appels aux pratiques sexuelles responsables ne suffirent pas pour contrôler et maintenir les taux de séroprévalence à un niveau bas. A cela s'ajoutaient des appréhensions fondées sur les valeurs sociales dominantes, fortement mises à l'œuvre par l'épidémie du VIH/Sida.

¹⁹¹ « En Afrique du Sud, les dissidents de l'ANC lancent leur propre parti », *Le Monde*, le 4 novembre 2008.

¹⁹² C. Soares, « Zuma : it was painful but Mbeki had to go », *Independent*, le 23 septembre 2008; J.-P. Rémy, "L'éviction de Thabo Mbeki crée des turbulences en Afrique du Sud", *Le Monde*, le 26 septembre 2008.

Section 2

Le recours aux « déterminants objectifs » de l'action publique

Dans ses travaux sur les politiques publiques, Yves Surel¹⁹³ analyse « trois types de facteurs » que nous empruntons pour expliquer les obstacles à l'émergence de l'action politique du VIH/Sida en Afrique. Il s'agit des déterminants objectifs, des histoires causales et des publics des problèmes. Les histoires causales seront analysées à travers les images et les représentations sociales qui ont abouti à la diffusion de la perception du VIH/Sida comme problème public alors que les publics des problèmes concerneront le chapitre sur l'action des publics concernés. Nous nous intéressons ici aux déterminants objectifs qui englobent, selon Yves Surel lui-même, les structures socio-économiques, les caractéristiques du système politico-administratif et les valeurs dominantes.

Au-delà de la critique contre les perceptions et l'incapacité des acteurs politiques africains à penser une action publique réactive aux effets de l'épidémie du VIH/Sida, l'analyse souhaite en fait interroger la place des Etats africains eux-mêmes. Ils sont singulièrement dépendants de l'action publique internationale et leur immobilisme, dans le cas précis de la lutte contre le VIH/Sida, rend inopérante l'idée que l'Etat a pour mission de mener une action publique au profit du plus grand nombre. Le déploiement massif

¹⁹³ Y. Surel, « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, n°87, 1998, pp.161-178.

d'acteurs internationaux dans l'action publique locale de lutte contre le VIH/Sida met en effet en lumière les lignes d'inégalités qui sont autant de frontières entre une Afrique surinvestie par l'action publique internationale et la majorité d'acteurs politiques africains « déclassés », voire désintéressés par l'action publique locale en Afrique : « Peu d'épreuves historiques ont mis en lumière de manière aussi abrupte le caractère exigü de l'action publique en Afrique depuis les années 1980, et la place quasi anecdotique de l'Afrique dans le nouvel 'ordre mondial' »¹⁹⁴. L'idée de déterminants objectifs permet en fait d'analyser d'une part, les structures socioéconomiques et les caractéristiques du système administratifs et de l'autre, les rapports aux valeurs sociales dominantes en Afrique à l'heure du VIH/Sida.

1. La faible institutionnalisation du système administratif

Les structures socio-économiques et les caractéristiques du système politico-administratif désignent en quelque sorte l'idée selon laquelle les sociétés suivent les mêmes étapes de développement et, à chaque étape, sont confrontées à des problèmes spécifiques. Sous cet angle, l'Afrique du Sud confrontée aux défis de la démocratisation et de la construction de l'unité nationale ne pouvait pas en même temps avec les mêmes moyens que d'autres Etats, répondre avec détermination aux enjeux de l'épidémie du

¹⁹⁴ Fred Eboko, *ibid.*

VIH/Sida. Selon cette théorie, les sociétés les plus avancées développent des politiques sociales avec plus de détermination que les sociétés les moins avancées. Or, historiquement le Cameroun et le Burkina Faso ont systématisé des politiques d'accès aux traitements du VIH/Sida longtemps avant l'Afrique du Sud alors que celle-ci est technologiquement et économiquement plus avancée que ceux-là.

En second lieu, Yves Surel¹⁹⁵ souligne que la mise sur agenda est tributaire des structures administratives. En d'autres termes, le VIH/Sida ne peut pas être inscrit sur l'agenda politique comme problème public s'il n'y a pas de structures administratives adéquates capables de le gérer. Il est vrai que, comme le note Fred Eboko¹⁹⁶, l'insuffisance d'institutionnalisation des Etats africains n'a pas favorisé la politisation du VIH/Sida mais, lier forcément l'inscription sur l'agenda politique à l'appareillage politico-administratif peut soulever quelques soucis d'ordre pratique : on peut par exemple se demander si, au contraire, la structure administrative n'est pas une émanation de l'inscription sur agenda politique pour gérer les problèmes ainsi politisés. Comment comprendre la nécessité d'une structure administrative pour gérer la question du VIH/Sida avant que celle-ci n'apparaisse comme affaire publique ?

¹⁹⁵ Y. Surel, « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, n°87, 1998, pp.161-178.

¹⁹⁶ Voir, M.-E. Gruénais, «*Pouvoirs, jeunesses et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des sujets* » par Fred A.C. Eboko, thèse pour le Doctorat en Science politique, sous la direction de Jean-François Médard», in *Le bulletin de l'APAD*, n° 22, *Gouvernance foncière au quotidien en Afrique*, Op. cit.

2. Les rapports aux valeurs sociales dominantes

L'idée de valeurs sociales dominantes dans l'analyse de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida est empruntée aux travaux de Yves Surel¹⁹⁷ sur les politiques publiques. Selon Yves Surel, les valeurs dominantes sont un élément majeur dans le processus de politisation et donc de mise sur agenda gouvernemental d'un phénomène a priori social.

Dans cette perspective, l'épidémie du VIH/Sida pouvait être politisée et donc inscrite sur l'agenda gouvernemental si son existence remettait précisément en question les valeurs sociales dominantes¹⁹⁸ en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso. Or, tel que présenté dans les débats issus des premiers cas du VIH/Sida, cette épidémie ne remettait justement pas en cause les valeurs sociales dominantes dans ces trois pays. Au contraire, l'épidémie du VIH/Sida était présentée comme étant exclusivement la maladie des homosexuels et des prostituées, dans des sociétés où l'homosexualité et la prostitution constituaient précisément une contre valeur. Son apparition a donc sociologiquement été perçue et interpellée comme une invitation, pour l'homme africain, à effectuer un retour aux prétendues valeurs traditionnelles

¹⁹⁷ Y. Surel, « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, n°87, 1998, pp.161-178.

¹⁹⁸ On peut se référer à la polémique sur la publication en janvier 2006 des listes d'homosexuels présumés parmi l'élite politique et intellectuelle camerounaise. Cette question a rapidement été politisée parce que semble-t-il, elle remettait en cause des valeurs sociales camerounaises qui voudraient que l'acte sexuel soit exclusivement le fait d'un homme et d'une femme. Au Burundi, le nouveau code pénal adopté ce 21 novembre 2008 proscrit expressément l'homosexualité. Cette pratique sexuelle est désormais passible de 2 ans de prison alors qu'elle était encore tolérée dans l'ancien code pénal.

africaines¹⁹⁹. A partir de ce moment, il apparaît vite un dilemme contre lequel les malades et les progressistes devaient se lever. Car, pour les acteurs politiques, il n'était pas question de prendre des décisions politiques pour lutter contre une épidémie du VIH/Sida qui décimait, selon la littérature et les déclarations de cette époque, les « communautés des damnés » (homosexuels, prostituées, etc.).

En Afrique du Sud, l'actuel Président de l'ANC, alors Vice-président de Thabo Mbeki, ne s'empêchait pas de voir en cela une certaine légitimation de ce qui, selon lui, était perçu par tous comme une « punition divine » pour des actes sexuels qui transgressaient précisément les valeurs sociales. Posée dans ce contexte et sous ce rapport, l'épidémie du VIH/Sida n'interpellait pas les acteurs politiques en Afrique du Sud, surtout qu'ils devaient faire face à d'autres défis et au coût élevé de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

¹⁹⁹ Dans la plupart des pays d'Afrique l'hostilité et l'agressivité sont très fréquentes vis-à-vis des homosexuels. Elles sont parfois alimentées par des propos homophobes des hommes politiques, explique Jean-Michel Mbarga lors d'un entretien à Yaoundé en décembre 2004. Au Cameroun, le président Biya a renvoyé la question de l'homosexualité dans le domaine du privé. En Afrique du sud, Jacob Zuma, ancien vice-président et possible candidat à la présidentielle de 2009, déclarait en septembre 2006 que le mariage homosexuel était une disgrâce « pour la nation et pour Dieu », avant d'ajouter : « Quand j'étais jeune homme, je n'aurais jamais laissé un homosexuel m'approcher : je lui aurais cassé la gueule ». Au Zimbabwe, le président Robert Mugabe a déclaré que les homosexuels étaient « pires que des porcs ou des chiens ». En Ouganda, le président Yoweri Museveni a demandé à la police de faire des rafles dans les milieux homosexuels.

A. Le VIH/Sida : résultat d'une mauvaise sexualité ?

Les premières images du VIH/Sida liaient cette épidémie à la vie sexuelle des individus contaminés ou plutôt à une « mauvaise sexualité »²⁰⁰ dans un contexte adoué par les préjugés sociaux sur les formes non-hétérosexuelles de la relation sexuelle et les représentations morales des pratiques sexuelles hors mariage. Cette mauvaise sexualité était précisément, dans le contexte sud-africain, camerounais et burkinabé, le fait de quelques marginaux : homosexuels et prostituées, notamment. Au Cameroun tout comme au Burkina Faso, l'homosexualité était encore un phénomène inconnu à cette époque²⁰¹ si bien qu'il est jusqu'à ce jour, sanctionné par la loi pénale²⁰². En Afrique du Sud où le phénomène, bien que légalement prohibé sous l'apartheid, était en cours de développement, 10 à 15 % d'homosexuels étaient déclarés infectés à Johannesburg au milieu des années 1980²⁰³.

Ce qui explique, comme un « tsunami », la crise que l'épidémie du VIH/Sida a représentée non pas pour les pouvoirs publics mais pour les homosexuels et

²⁰⁰ Expressions utilisées par le Chef du village de Nkolmessen, dans la banlieue ouest de Yaoundé, pour désigner le côté immoral des canaux de transmission du virus du Sida.

²⁰¹ Au début des années 80.

²⁰² Le 9 janvier 2008, le Tribunal de Grande Instance du Wouri à Douala a condamné trois Camerounais soupçonnés d'homosexualité à six mois de prison ferme : « Lazare Baeeg, Emmanuel Balep et Tony Dikonguè, trois homosexuels présumés placés sous mandat de dépôt à la prison centrale de Douala depuis le 30 août 2007, sont fixés sur leur sort. Le verdict du tribunal de grande instance du Wouri est tombé mercredi 9 janvier 2008. Ils écotent de six mois de prison ferme et 50 000 FCFA d'amende chacun », écrivait H. Foimoukom à La Une du quotidien camerounais, *Le Messenger*, 16 janvier 2008.

²⁰³ M. Mbali, « HIV/AIDS policy-making in post-apartheid South Africa », in A. Habib, J. Daniel and R. Southall (eds.), *State of the Nation: South Africa 2003-2004*, Cape Town, Human Sciences Research Council Press, 2003.

les prostituées construits en populations à risque dès les premières heures de l'épidémie en Afrique²⁰⁴. Plusieurs témoignages font apparaître l'homophobie et la haine suscitées par la propagation de VIH/Sida dans les sociétés africaines. Il y avait comme une responsabilité de l'épidémie portée et partagée par les personnes ayant les rapports sexuelles avec leurs pairs et par les femmes en situation de prostitution. Ces catégories sociales étaient construites en vecteur de l'épidémie en Afrique.

Ce discours populaire était d'ailleurs relayé sinon légitimé par les prises de positions officielles des acteurs politiques locaux. En Afrique du Sud, il justifiait le silence du régime de l'apartheid face au développement de l'épidémie. Le regard politique sur le VIH/Sida n'a pas changé avec la fin de l'apartheid. Thabo Mbeki alors chef d'Etat sud-africain et de ses amis de l'ANC parmi lesquels Jacob Zuma, alors vice-président et actuellement, président de l'ANC, ne manquaient pas d'occasions pour affirmer que le VIH/Sida était une invention et n'avait aucun lien avec ce virus qui touchait les homosexuels. Le désir de lier le VIH/Sida et l'homosexualité peut donc apparaître comme une fuite en avant ou comme un élément de réponse à l'Occident tout en affaiblissant le besoin d'une politisation de l'épidémie. Comme le montre Mbali²⁰⁵, les représentations du VIH/Sida comme « un fléau homosexuel » provenant naturellement d'une sexualité homosexuelle n'a pas

²⁰⁴ R. Sher, « HIV infection in South Africa, 1982-1989, A-review », in *South African Medical Journal*, n°76, 1989, pp.314-318.

²⁰⁵ M. Mbali, « HIV/AIDS policy-making in post-apartheid South Africa », in A. Habib, J. Daniel and R. Southall (eds.), *State of the Nation: South Africa 2003-2004*, Op. cit.

permis d'anticiper la propagation de la maladie en Afrique du sud²⁰⁶.

En 2006 encore, au Cameroun et même au Burkina Faso, on estime dans une large majorité que l'homosexualité est une « affaire de blancs » et donc des étrangers et la prostitution, une pratique de filles bannies qui symbolisent la « honte sociale ». A l'inverse, en Afrique du Sud, nos enquêtes de 2007 montrent que la majorité de sud-africains considèrent que l'homosexualité est « une sexualité comme une autre ». Les homosexuels y sont un peu plus acceptés même si, dans certains townships comme Soweto et Kayelitsha, on considère encore que cette pratique concerne en majorité les sud-africains blancs. En ce qui concerne la prostitution, elle semble y être perçue comme une pratique de filles « faciles ». Un fait exceptionnel, en Afrique du Sud, de nombreuses personnes blanches sud-africaines révèlent qu'il y a de nombreux sud-africains noirs homosexuels. Les homosexuels blancs et noirs se rencontrent dans les lieux de drague et les espaces associatifs homosexuels. En ce qui concerne la prostitution, elle est en Afrique du Sud, présentée comme le fait de jeunes filles des townships qui passent d'un « boy-friend » à un autre pour s'entretenir²⁰⁷ et non, comme c'est le cas au Burkina Faso et au Cameroun, où elle est symbolisée par la pratique de la marchandisation du corps par les « filles de trottoirs ». Toutefois, en Afrique du Sud, plus qu'au Cameroun et au Burkina Faso, on observe des grands réseaux de prostitution et de proxénètes russes, afro-caribéens et latino-américains. On en trouve

²⁰⁶ D'un seul cas de séropositif identifié en 1981, l'Afrique du Sud abrite en 2007 environ 5 millions de personnes séropositives faisant de la Nation arc-en-ciel le pays le plus touché de la Planète en nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida.

²⁰⁷ F. Le Marcis, « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges d'un township » in D. Fassin (dir.), *Afflictions : L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Op. cit.

quelques uns, entre autres, à Wood stock, Camps Bay et sur Long street à Cap Town.

En réalité, l'homosexualité et la prostitution sont davantage acceptées en Afrique du Sud qu'au Cameroun et au Burkina Faso où survivent un certain nombre de résistances. En Afrique du Sud, l'acceptation est plus marquée en milieu urbain, chez les universitaires et les cadres et, sur le plan racial, chez les blancs nés après le milieu des années 60 et ceux qui sont venus d'ailleurs. Les personnes de générations plus anciennes, blanches et noires, rejoignent la majorité d'individus de toute génération rencontrés au Cameroun et au Burkina Faso. Celles-ci pensent particulièrement à la vision pathologique et immorale de l'homosexualité et de la prostitution. Elles sont par exemple, environ 85% de 50-59 ans à considérer l'homosexualité comme une pratique sexuelle « contre nature ». Cette attitude très marquée auprès de camerounais de tout âge est également présente chez certains sud-africains plus jeunes : 58% des noirs de 18-29 ans, bien plus que chez les blancs du même âge qui représentent 20%. Cette analyse quantitative liminaire illustre les décalages qu'il y aurait dans la construction des représentations sociales des individus appartenant pourtant à la même société mais dont les réseaux de socialisation sont tributaires de l'environnement éducatif.

En Afrique du Sud, quelques observations de la « Gay Pride » de mars 2007 à Johannesburg permettent de mettre en lumière les relents d'homophobie qui caractérisent encore les sociétés africaines. Quelques spectateurs en majorité des noirs accompagnés de quelques « coloured » tentés, en effet, par ce qui est couramment dénoncé comme le fait de l'homophobie, ont à cœur joyeux et

sans se cacher, lancé des bouteilles et de projectiles sur le char du Forum. Certains d'entre eux ont justifié leur attitude de mépris vis-à-vis des manifestants homosexuels par le fait que leur char présentait précisément l'homosexualité comme faisant partie de la culture africaine. Cette conception est par ailleurs réaffirmée par Donna Smith, l'un des animateurs de la « Gay Pride », qui plaide pour une autre vision de l'homosexualité en Afrique. Selon cette activiste des droits des personnes ayant les rapports sexuels avec des personnes du même sexe qu'elles, « certains pensent que l'homosexualité a été importée par l'homme blanc. Mais, cela a toujours existé en Afrique. Ce que le blanc a apporté, c'est l'homophobie, drapée dans des doctrines religieuses avant-gardistes que nous ne connaissions pas avant son arrivée même s'il est clair que c'est également au sein de l'Eglise, surtout catholique que l'homosexualité a trouvé un terreau important en Afrique »²⁰⁸. Certains anthropologues attestent que l'homosexualité était tolérée dans l'Afrique précoloniale²⁰⁹.

Et même, lors de l'apparition des premiers cas nationaux, c'est-à-dire de

²⁰⁸ Propos de Donna Smith, présidente du Forum for Empowerment of Women. C'est une organisation non gouvernementale qui travaille avec des lesbiennes noires dans les townships. Elle est membre de la Coalition des lesbiennes africaines qui fédère des associations de 14 pays parmi lesquels le Cameroun.

²⁰⁹ On peut se référer aux travaux du Britannique Edward Evans-Pritchard qui a découvert par exemple que les guerriers azandés du Nord du Congo avaient l'habitude de se marier avec de jeunes hommes qui faisaient office d'épouses temporaires. Mais, cette pratique aurait disparu au début du XXème siècle. Voir E. Evans-Pritchard, *Les Anthropologues face à l'histoire et à la religion*, Paris, Presses universitaires de France, 1974 ; E. Evans-Pritchard, *Parenté et mariage chez les Nuers*, Paris, Payot, 1973. On pourra également se référer aux études sociologiques plus récentes encore sur les lieux et les moments de « visibilité » de l'homosexualité africaine. Voir C. Gueboguo, *La question homosexuelle en Afrique : le cas du Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 2006 ; M. Epprecht, *Hungochani : the history of a dissident sexuality in Southern Africa*, Montréal, McGill University Press, 2004 ; E. Cameron and M. Gevisser, *Defiant desire*, New York, Routledge, 1995.

séropositifs au niveau local, les journaux locaux annonçaient, de façon explosive, que la maladie des homosexuels ou le fléau homosexuel était arrivé dans le pays²¹⁰.

Dès lors qu'on lie l'épidémie du VIH/Sida aux pratiques sexuelles dont les représentations sont négatives voir condamnées, parce que « contre nature », l'Etat qui n'a par ailleurs pas la possibilité de comprendre ce qui se joue autour de cette épidémie, ni d'allouer des ressources aux politiques de réponses à l'épidémie, s'en accomode. Il a donc saisi cette brèche pour se dédouaner et ne pas consentir des efforts pour comprendre, prévenir de nouvelles contaminations et soigner ceux qui souffraient de l'épidémie du VIH/Sida :

« La facture semblait lourde à porter, surtout qu'on ne savait pas que faire réellement (...) on avait peur de s'embourber, surtout que la communauté internationale tâtonnait encore, avec des déclarations très contradictoires des Américains, premières victimes et des Européens, très touchés également à cette époque »²¹¹.

L'Etat était donc partagé sur les décisions à prendre pour la lutte contre le VIH/Sida.

²¹⁰ Pour le cas sud-africain, on peut se référer à L. Eksteen, « 'Gay' plague : More Victims ? », *Sunday Times*, 9 janvier 1983.

²¹¹ Propos d'un médecin, ancien Conseiller technique dans un Ministère de la santé d'un des pays sur lesquels nous avons travaillé et qui a insisté sur son anonymat.

« Car, s'il prend des décisions, ce qu'il ne peut déjà pas faire puisque qui dit décisions dans ce domaine pense à l'argent qu'il faut dépenser, on va l'accuser de déviance, de complicité avec les forces du mal, avec des agents destructeurs qui violent nos enfants, etc. du coup, l'Etat se conforte dans la non-décision, qui l'arrange au fond »²¹².

Au Cameroun, les sommets de l'Etat se sont rendus muets et peu loquaces sur la question du VIH/Sida jusqu'à ce que les financements soient progressivement disponibles à l'international via le PNUD et plus tard, l'ONUSIDA ; alors qu'au Burkina Faso, l'Etat très enclin à combattre les organisations de la société civile, a laissé se développer une pluralité d'acteurs associatifs dans le domaine du VIH/Sida.

B. Le VIH/Sida : retour à l'altérité ?

A bien des égards, le VIH/Sida comme expérience quotidienne du corps face à la maladie, interroge le rapport de soi à autrui. Les images du corps souffrant, les difficultés quotidiennes des personnes vivant avec le VIH/Sida, les discriminations et les stigmatisations liées à la vie des malades et même les représentations sociales qui associent forcément le séropositif à « l'autre », à celui qu'on n'est pas, n'est pas sans rappeler « Soi-même comme un

²¹² Entretien avec un activiste camerounais rencontré à Nairobi pendant le Forum Social Mondial et qui a voulu être anonyme. Nairobi, 24 janvier 2007.

autre »²¹³. Dans cet ouvrage plutôt philosophique, Paul Ricœur montre que le sujet « soi » se construit par un retour à soi en passant par l'intermédiation d'autrui. Cette intermédiation de l'autre par lequel le malade prend conscience de sa situation en tant qu'être souffrant constitue une démarche qui se trouve aujourd'hui au centre de l'expérience de la maladie et du vécu quotidien avec le VIH/Sida. A Kayelitsha, dans la banlieue de Cap Town, certains témoignages de personnes vivant avec le VIH/Sida traduisent cette relation intersubjective. En effet, le regard parfois innocent de l'autre interroge le malade et lui donne de comprendre qu'à partir de cette situation, il devient un être différent.

Dans ses travaux, Paul Ricœur tente de saisir l'éthique de la communication intersubjective dans ce rapport ambigu à autrui : le sujet n'est pas d'abord une substance mais avant tout un choix moral. Se penser et se projeter soi-même en tant qu'autrui signifie que l'autre est constitutif de ma propre identité et que ses souffrances, d'où qu'elles viennent et quels que soient le sens et la signification de cette souffrance, me contraignent à agir. En ce sens, le corps souffrant n'est pas exclusivement celui du sujet rejeté parce que différent par ses pratiques sexuelles et ses origines raciales mais plutôt, celui du sujet tout court. Si l'universalité de cette morale tout comme celle d'accès aux traitements et à l'ensemble de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, ne peut être fondée par le sujet, elle le sera dans le souci de la pluralité : se mettre à la place d'autrui, voilà la nouvelle source de la norme morale.

²¹³ P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1997.

Ainsi, Ricœur dépasse la confrontation et la tension qui marquent cette éthique individuelle axée sur la pratique concrète et une morale fondée sur des principes rigides. C'est aussi dans le bien-vivre qui s'étend à la société et à son exigence d'égalité que peuvent être dépassés ces conflits. En d'autres termes, le séropositif ne reviendrait à son statut de séropositif qu'en passant par un autre séropositif différent de lui. Le VIH/Sida semble ainsi se construire non seulement sur un jeu d'images de la maladie et du corps-souffrant mais aussi sur une trajectoire mettant en scène le corps du séropositif en prise avec une pluralité d'acteurs, d'institutions et de représentations. En même temps, il renvoie encore à l'image de la maladie de l'autre, celui que l'on ne veut pas être même au moment où on l'est²¹⁴. Les messages de prévention ont d'ailleurs très tôt ciblés des catégories particulières d'individus définies comme groupes « à risque » : il s'agit de prostituées, de jeunes, de migrants, de militaires, de transporteurs, de routiers, etc.

La lecture et l'interprétation des moyens de contagion de la maladie en termes de « risque » ont eu pour effets de stigmatiser tout en les exposant à la discrimination, certains groupes sociaux et donc de faire du VIH/Sida la maladie de l'autre, de l'homosexuel, de la prostituée ou de l'immigré. Pour certains individus, ne pas faire partie de ces catégories constitue en soi un vaccin contre l'épidémie. Les messages de prévention ont également sensibilisé sur le VIH/Sida à partir d'images diarrhéiques tout en présentant

²¹⁴ On peut ici revenir aux hypothèses de Sontag sur le besoin d'associer un visage d'étranger à une épidémie. Voir, S. Sontag, *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Op. cit.

un état de défiguration avancée du corps. La mobilisation de ces figures de « morts en sursis » a eu pour conséquences directes de contribuer à la marginalisation de personnes vivant avec le VIH/Sida. Elle alimentait également une certaine peur de la maladie et du malade.

Pour l'élite politique sud-africaine, par exemple, pendant les régimes successifs de l'apartheid, l'épidémie de VIH/Sida ne concernait que les catégories sociales qui n'avaient pas de droits sociaux. Le VIH/Sida y était la maladie des populations noires des townships alors qu'au Cameroun et au Burkina Faso, deux pays d'Afrique noire et donc au contexte racial très homogène, l'élite politique soulignait que le VIH/Sida était la maladie des Blancs. Tout comme « l'homosexualisation », la « racialisation » du VIH/Sida est apparue comme un élément majeur dans la compréhension de la non-politisation de cette épidémie en Afrique. Seuls les réseaux transnationaux pouvaient transcender cette catégorisation même s'ils se sont également illustrés à partir des déterminants qui n'ont pas favorisé la politisation de l'épidémie.

Section 3

Les réseaux transnationaux dans l'action publique locale

La configuration des dynamiques issues de la communauté internationale en vue de contrôler et de gérer les conséquences du choc épidémiologique de VIH/Sida adoubé par la crise des institutions publiques, incite à repenser la place de l'Afrique dans les relations internationales contemporaines. L'incapacité des gouvernements africains ou du moins les faiblesses des administrations africaines à générer des mécanismes locaux de lutte contre le VIH/Sida a suscité une sorte de mise en tutelle de l'Afrique par des dynamiques supranationales. Dans cette perspective, les premières tentatives visant à élaborer et à mettre en œuvre l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique peuvent être considérées comme des initiatives issues de l'extraversion. Elles ont été le fait de la mobilisation de la communauté internationale ou plutôt de réseaux transnationaux, appuyé au niveau local par les Programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida (PNLS).

Mais, sur le plan du contenu et même de la forme, ces programmes ont souffert, entre autres, d'un diffusionnisme déconnecté des dynamiques et des représentations sociales de différentes cultures nationales. Il y avait une sorte d'importation de modèles de lutte contre le VIH/Sida d'un pays à l'autre, compte tenu du fait que les politiques qui les soutenaient étaient dictées et conçues par des experts internationaux, représentants de l'OMS et, dans certains cas, des agences de surveillance épidémiologique européennes et américaines.

1. Les effets d'une modélisation à l'international

L'Afrique a eu des difficultés de toute sorte pour comprendre l'épidémie du VIH/Sida, moins que pour élaborer et mettre en œuvre des politiques de lutte contre la maladie ou du moins, pour accueillir les premières réponses à l'épidémie. Nous parlons de l'accueil car, les premières actions ont été conçues par une sorte d'expertise lointaine ou hors-murs, conduite par des chercheurs et des administrateurs venus d'ailleurs. Le mérite des Etats comme le Cameroun et le Burkina Faso ont été d'accepter que cette action publique internationale soit mise en œuvre sur le territoire national en vue de contrôler l'épidémie de VIH/Sida et ainsi de prévenir les nouvelles contaminations. Tout le contraire de ce qui a été reproché à l'Afrique du Sud pendant près d'une décennie, au cours de laquelle les pouvoirs publics ont manifesté une « dissidence », sous forme de rébellion vis-à-vis des politiques de lutte contre le VIH/Sida élaborées et proposées par l'OMS via le Global Program on AIDS. Cette action publique ou, pour dire vrai, ces programmes nationaux mis en œuvre en Afrique bénéficiaient également de financements collectés ailleurs, en Europe, en Asie et en Amérique du Nord ; une certaine internationalisation financière soutenait en quelque sorte l'ensemble des politiques conduites en Afrique.

En plus, aux niveaux local, national et régional en Afrique, l'ensemble de programmes de lutte contre le VIH/Sida était confié aux experts internationaux dont la majorité venait des pays donateurs. Ces experts géraient cette action publique à partir d'une boîte à outil, soutenue par les

« paradigmes incrémentalistes »²¹⁵ qui voudraient que les mêmes modèles d'action soit transférés d'un pays à l'autre en Afrique et ce, jusque dans les moindres détails administratifs si bien qu'il était difficile de penser qu'ils puissent générer des dynamiques sociales locales.

On s'est vite retrouvé face à un dilemme : autant les acteurs politiques locaux ne parvenaient pas à interpréter les « inputs » issus des politiques internationales de lutte contre l'épidémie, autant les experts internationaux ne parvenaient pas à faire émerger des « outputs » locaux. Si les premiers sont, pendant longtemps, restés sourds et muets, se situant à la périphérie de l'action publique du VIH/Sida, les seconds avaient tellement de pouvoir compte tenu de leur qualité d'experts et du prestige des organisations qu'ils représentaient que le dialogue était difficile à nouer sur le plan social. Comme le faisait finalement remarquer Claude Raynaut, « à cette époque, en Afrique, la lutte contre le sida a été conçue et lancée concrètement dans le cadre d'une véritable mise en tutelle internationale des politiques de santé nationales »²¹⁶.

La solution était d'intégrer quelques experts nationaux dans les comités nationaux de lutte contre le VIH/Sida. Ce qui a été fait au Cameroun dès 1985 et au Burkina Faso, en 1986. Mais, plusieurs témoignages concordants soulignent finalement que ces experts nationaux, tout comme les acteurs

²¹⁵ On lira J. Leca et M. Grawitz, *Traité de science politique. T.4 : les politiques publiques*, Paris, PUF, 1985

²¹⁶ C. Raynaut, « comment évaluer les politiques publiques de lutte contre le sida en Afrique ? », in Barré J.-F. (dir.), *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*, Paris, L'Harmattan, 2001, p.333.

politiques locaux et les fonctionnaires de l'administration publique locale, ont très vite été transformés en simple « courroie de transmission à qui les initiatives étaient interdites »²¹⁷. Le PNLs burkinabé aurait en 1988 mis de côté ses propres stratégies nationales pour appliquer manu militari les recommandations de l'OMS, sous peine de sanctions financières²¹⁸.

Dans plusieurs cas, l'OMS a autoritairement gelé les budgets des PNLs qui passaient outre ses instructions²¹⁹ :

« Sous prétexte de discipline et d'organisation, il semblerait donc que l'OMS ait parfois fait preuve d'une forme de tutelle aliénante, voire carrément néocoloniale, lisible par l'envoi systématique d'équipes de trois ou quatre « experts » (en gestion, épidémiologie et Information Education Communication) qui avaient tout pouvoir sur la direction et la gestion du programme national »²²⁰.

²¹⁷ N. Lydié, *Les chemins du sida : migrations, mouvements de population et infection à VIH au Cameroun*, Op. cit., p.21.

²¹⁸ Adamou Ouedraogo, entretien du 24 juin 2004 à Nice.

²¹⁹ On lira P. Viens, « Le GPA attendait des PNLs une soumission totale... », in *Le journal du sida*, n°86-87, numéro spécial Afrique, pp.106-108.

²²⁰ N. Lydié, *Les chemins du sida : migrations, mouvements de population et infection à VIH au Cameroun*, Op. cit., p.21.

2. La marginalisation des entités locales

En 1986, lorsque les premières politiques de lutte contre le VIH/Sida sont mises en place aussi bien au Cameroun qu'au Burkina Faso, celles-ci apparaissent dans un contexte de contournement, voir de dé-légitimation des institutions publiques nationales. L'évitement et le contournement des institutions étatiques dans l'élaboration et la mise en œuvre des premiers programmes de lutte contre le VIH/Sida étaient également liés au contexte même dans lequel est apparue l'épidémie elle-même et non à une volonté de remise en cause de l'Etat africain. Il y a une certaine désétatisation de l'espace public qui a précédé la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, ce d'autant plus que l'Etat africain semblait s'être délégitimé.

En plus, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida intervient dans le contexte d'une forte internationalisation ou même d'une forte « ONGisation » des politiques sociales en Afrique à cause de la crise économique des années 80. Une autre raison semblait en être la faible institutionnalisation des administrations publiques locales.

Les experts internationaux mettaient l'accent, dans un premier temps et puis tout au long de l'action internationale pour la lutte contre le VIH/Sida, sur l'organisation bureaucratique des mécanismes de gestion de l'épidémie. Au lieu de politiques internationales, il s'agit en fait d'une expertise très largement affectée par la « bureaucratisation » du dispositif administratif de gestion de l'épidémie au détriment du contrôle effectif de son

développement²²¹. L'implication de la communauté internationale dans la gestion de l'action publique locale de lutte contre le VIH/Sida manifeste, par ailleurs, la crainte d'une personnalisation à la tête des comités nationaux de lutte contre le VIH/Sida²²².

Cette désétatisation permet de mettre en lumière deux phénomènes qui expliquent la faible intrusion de la lutte contre le VIH/Sida dans l'agenda politique au Cameroun et au Burkina Faso : d'une part, les référentiels normatifs, les représentations de la maladie et du corps, de même que les comportements, les attitudes et les codes des bénéficiaires n'étaient forcément pas en adéquation avec les réponses proposées par les équipes expertes souvent animées par des expatriés déconnectés des réalités sociopolitiques locales.

« Tout était fait pour que les spécialistes locaux soient subordonnés et infériorisés par les experts internationaux mais, il faut reconnaître que ces derniers, équipés des programmes « passe-partout » étaient voués à l'échec puisqu'ignorant tout des aspects socio-anthropologiques des populations locales pour une maladie fortement corrélée à la vie culturelle des populations

²²¹ F. Eboko, « Les sociétés africaines face au sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », in *Terroirs, revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Op. cit.

²²² On lira la restitution de la thèse de Fred Eboko par Marc-Eric Gruénais. Voir, M.-E. Gruénais, « *Pouvoirs, jeunesses et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des sujets* » par Fred A.C. Eboko, thèse pour le Doctorat en Science politique, sous la direction de Jean-François Médard», *Le bulletin de l'APAD*, n° 22, *Gouvernance foncière au quotidien en Afrique*, mis en ligne le : 14 avril 2006. URL : <http://apad.revues.org/document269.html>. Consulté le 22 novembre 2006.

concernées »²²³.

Certes, les premières politiques de lutte contre le VIH/Sida étaient fondées sur les spots et les campagnes de sensibilisation montés en Afrique mais la transmission des savoirs était très importante pour communiquer et dire l'épidémie dans les contextes locaux. Au Cameroun, par exemple, la plus part de campagnes était fondée sur l'idée de la « flottille de l'espoir » importée d'une démonstration faite dans les campagnes de sensibilisation au Kenya mais qui ne renvoyait presque à rien dans le contexte camerounais ce d'autant plus que les exemples de la « flottille » étaient empruntés aux sociétés Maasai plutôt polygames²²⁴. D'un autre côté, ces dispositifs ont souffert d'une grande instabilité.

En fait, les experts internationaux ne restaient pas longtemps sur un même projet. Ils étaient soumis à un mouvement d'affectation tel que les programmes nationaux étaient réduits à une suite d'œuvre inachevée et en perpétuelle recommencement. En revanche, l'instabilité de la coordination des programmes nationaux n'a pas été contenue avec le départ définitif des experts internationaux. En effet, l'arrivée d'experts nationaux a été marquée par les habitus clientélistes des administrations publiques en Afrique. En ce sens, les modalités d'accès aux dispositifs nationaux de lutte contre le

²²³ Entretien avec Peter Olushibe, expert à la Banque Mondiale.

²²⁴ Pour une discussion sur la culture Maasai, on lira X. Van der Stappen, *Les Maasai : pays, histoire, économie, environnement, croyances, culture matérielle*, Tournai, Renaissance du livre, 2002 ; X. Péron, *L'occidentalisation des Maasai du Kenya : privatisation foncière et destruction sociale chez les Maasai du Kenya*, Paris, l'Harmattan, 1995 ; M. Rutten, *Selling wealth to buy poverty : the process of the individualization of landownership among the Maasai pastoralists of kajiado District, Kenya, 1890-1990*, Saarbrücken, Breitenbach Verlag, 1992.

VIH/Sida en tant qu'expert étaient désormais liées au statut de leurs animateurs au sein de l'administration publique, voir au sein de l'appareil partisan. En un sens, les dispositifs nationaux de lutte contre le VIH/Sida ont été plus vite politisés que l'épidémie elle-même.

3. L'action des agences de coopération internationale

Multiplés rapports de l'Onusida, du PNUD et de l'OMS montrent que le continent africain est indéniablement la région du monde la plus durement éprouvée non pas seulement par l'épidémie mais aussi et surtout par ses effets²²⁵, ce d'autant plus que le choc épidémiologique interroge doublement le continent avec d'un côté l'émergence d'une action publique conduite par les agences de coopération internationale et de l'autre, le tâtonnement des politiques de la décentralisation.

L'action internationale de lutte contre le VIH/Sida a vu apparaître plus d'acteurs que l'action nationale. Cependant, la pluralité d'acteurs internationaux suggérait également une pluralité d'opinions et de points de vue sur les décisions à mettre en œuvre sur le plan local en matière de lutte contre le VIH/Sida. L'implosion de la lutte contre le VIH/Sida était donc accompagnée d'une possibilité de rivalités qui ne peut pas non plus faire

²²⁵ F. Lisk, *AIDS and Governance: the Development Dimension*, Warwick, 2006.

l'économie de l'analyse dans l'action publique. En ce sens, cette perspective permet de saisir les rivalités entre les agences de coopération bilatérale et internationale, dont chacune s'assurait précisément de la collaboration de « clients » locaux spécifiques, sans craindre les effets de la désétatisation de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

Le contrôle et la gestion de l'épidémie du VIH/Sida se construisent dans des contextes où la marge de manœuvre des Etats s'est considérablement réduite et leurs pouvoirs régaliens n'existent que dans la mesure où ils acceptent à l'évidence l'intervention de nombreux réseaux acteurs transnationaux. Au Cameroun, par exemple, la GTZ a contrôlé, sur l'ensemble du territoire national, la formation des associations locales de personnes vivant avec le VIH/Sida. Les premières associations communautaires étaient en quelque sorte fédérées autour de la GTZ qui, en revanche, assurait le financement de leurs activités. Or, dans l'action de ces acteurs, les victoires tout comme les échecs sont appréhendés non pas exclusivement par les résultats qui se lisent sur la longue durée mais, comme le précise Fred Eboko, « à l'aune de l'intérêt des acteurs impliqués pour lesquels les bénéfices collectifs passent par des valorisations individuelles, des profits symboliques, des gains en matière de reconnaissance professionnelle »²²⁶.

Les rivalités entre les agences de coopération internationales glissent parfois vers un contentieux qui pèse sur la production et la mise en œuvre de

²²⁶ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005, p.24.

politiques de décentralisation dans le domaine de la santé. A côté de la mise sous tutelle internationale, l'irruption soudaine des politiques de « décentralisation », particulièrement conseillées et soutenues par les institutions de Bretton Woods a plutôt, dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, entraîné des déséquilibres internes dans la gestion de l'épidémie avec, au sein d'un même pays, des régions mieux équipées que d'autres²²⁷. Vu les modalités de mise en œuvre de ces politiques (actions et projets fortement concentrés dans les grandes villes), les résultats collectifs n'ont pas entraîné les gains escomptés pour le plus grand nombre de personnes concernées par l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, c'est-à-dire celui pour lequel l'Etat devait remplir la mission protectrice compte tenu de l'ampleur de la maladie. En exemple, la région de l'Extrême Nord Cameroun avec un taux de séroprévalence estimé à 4% n'a qu'un seul centre de traitement agréé alors que celle du Centre avec 6.7% du taux de séroprévalence est équipée de 7 centres de traitements agréés, à côté de nombreux centres hospitaliers et universitaires installés à Yaoundé.

Fred Eboko²²⁸ souligne un autre type de rivalités. Il s'agit des rivalités entre les associations locales, souvent instrumentalisées en amont par la concurrence des organismes de financements et les conflits du contrôle local par les organisations globales, représentés par leurs partenaires du Nord. La

²²⁷ Frédéric Le Marcis le note au sujet des ghettos et des Townships qui représentent un terreau fertile où prospère le sida en Afrique du sud. La séroprévalence y atteindrait 35% alors que la moyenne nationale est de 20%. Voir, F. Le Marcis, « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges d'un township » in D. Fassin (dir.), *Afflictions : L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Op. cit.

²²⁸ F. Eboko, *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Op. cit.

disponibilité croissante des antirétroviraux et des programmes de financement du Fond Global, combinée à la mauvaise gestion des stocks des médicaments, ont par ailleurs transformé le secteur privé en alternative peu efficace d'un secteur public lui-même déficient et appuyé par les coopérations bilatérales. Tout ceci aboutit à un dispositif national contraint d'assurer un « service minimal » face à ses partenaires étrangers qui en même temps contrarient son action. Finalement, comment s'est alors effectué en pratique le passage du VIH/Sida de la sphère sociale à la sphère politique ?

Chapitre 3 -
L'EMERGENCE DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA

Quels sont les conditions et les contextes qui ont rendu les changements de politiques possibles vis-à-vis de l'épidémie de VIH/Sida ? Comment, dans un environnement marqué par des controverses et des déterminants peu favorables à l'action publique, les décisions ont finalement été possibles ? C'est à ce type de questions que John Kingdon²²⁹ essaie de répondre avec son célèbre paradigme de la fenêtre d'opportunité « policy window ». Il y a plusieurs façons d'analyser les perspectives ainsi inaugurées par John Kingdon. Certains, à l'exemple de Pierre Favre²³⁰ qui analyse précisément les mobilisations politiques et sociales contre le VIH/Sida, mettent l'accent sur le rôle et la place spécifiques des acteurs eux-mêmes à travers des recompositions et de retournement des systèmes d'alliances. D'autres insistent sur les processus d'émergence des problèmes ou sur le rôle des récits²³¹.

Notre préférence porte sur les travaux qui présentent l'action publique en termes d'émergence. Cette émergence concerne le processus de construction du problème politique et, comme telle, elle a le mérite de s'appuyer justement sur les raisons et les conditions conjoncturelles, tout en prenant en compte les

²²⁹ J. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little, Brown and Co, 1984.

²³⁰ P. Favre (dir.), *Sida et Politique. Les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris, L'Harmattan, 1992 ; on lira également de façon un peu plus générale sur les politiques publiques, R. Cobb et C. Elder, *Participation in American Politics : The Dynamics of Agenda-Building*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1972.

²³¹ D. Stone, « Casual Stories and the Formation of Policy Agendas », *Political Science Quarterly*, n°104, 1989, pp.281-300; C. Radaelli, « Logiques de pouvoirs et 'récits' dans les politiques publiques de l'Union européenne », *Revue française de science politique*, numéro spécial, « Les approches cognitives des politiques publiques », avril 2000, pp.255-275.

hasards et les incertitudes qui pèsent finalement sur les processus de politisation et donc d'inscription du VIH/Sida sur l'agenda gouvernemental. Le point de départ de cette réflexion est le modèle de la poubelle développé par Michael Cohen, James March et Johan Olsen²³². Elle est enrichie par les travaux de Michel Crozier et Herald Friedberg²³³ sur le fonctionnement des organisations. Pour ces auteurs, les décisions des acteurs sont aléatoires et chaotiques et leurs préférences, souvent incertaines. Les organisations représentent une sorte de boîte à outils ou poubelle dans lesquelles sont jetés pêle-mêle des problèmes, des solutions, des acteurs et des possibilités de choix.

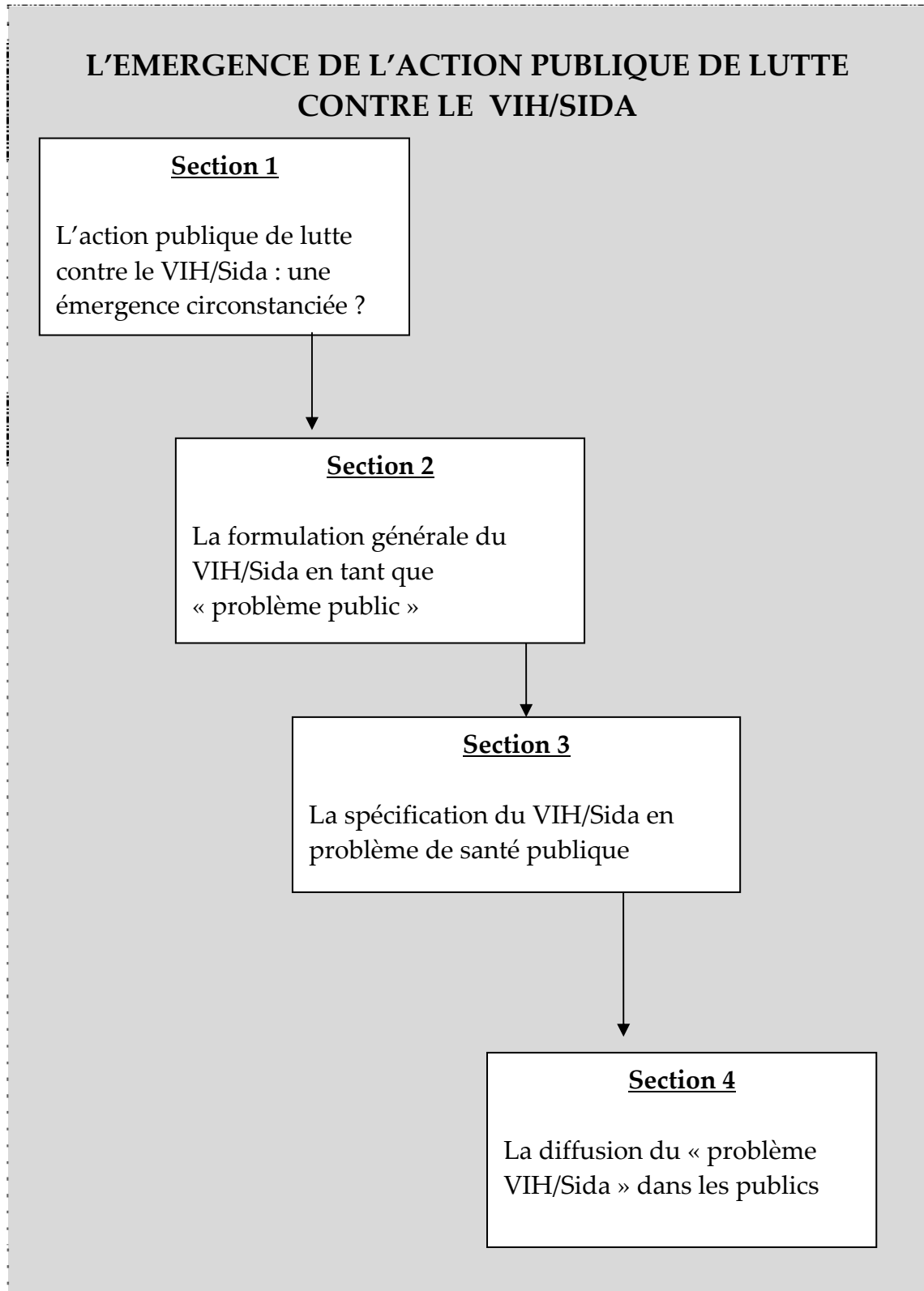
Sous ce rapport, les solutions ne sont pas forcément créées pour résoudre des problèmes spécifiques. Elles n'ont pas non plus besoin de ces problèmes pour exister. Pour saisir le moment de la décision malgré le désordre de la poubelle et de la boîte à outils, ces auteurs proposent donc la notion de moment, d'opportunité en l'analysant à partir de l'émergence. Ce moment est lié, dans le cas de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en l'Afrique du sud, au Cameroun et au Burkina Faso, à quelques raisons d'ordre interne et international. Comment s'est effectuée l'émergence du VIH/Sida comme problème politique ? Quels sont les acteurs et les institutions qui ont participé à cette émergence ? Quelles sont les normes et les valeurs mises en avant pour finalement inverser les tendances qui présentaient les modalités de la maladie comme le résultat des antivaleurs ?

²³² M. Cohen, J. March et J. Olsen, "A Garbage Can Model of Organizations Choices", *Administrative Science Quarterly*, n°17, 1972, pp.1-25.

²³³ Crozier M. et Friedberg E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1977.

Partant, ce chapitre essaie de saisir les raisons circonstanciées de l'émergence de l'action publique de la lutte contre le VIH/Sida dans ces contextes marqués par multiples incertitudes structurelles (section 1). Il analyse ensuite les conditions de la « formulation générale » du VIH/Sida en tant que problème (section 2) et de sa spécification comme problème particulier pour la santé publique (section 3). Mais, il serait à notre sens inachevé s'il ne s'intéresse pas aux réseaux de diffusion du problème de VIH/Sida dans les publics concernés (section 4).

Positionnement panoramique du troisième chapitre



Section 1

L'action publique de lutte contre le VIH/Sida : Une émergence circonstanciée ?

Les travaux de Pierre Favre²³⁴ et ceux de Paul Benkimoun²³⁵ sur l'émergence du VIH/Sida comme problème public sont souvent évoqués pour montrer comment l'épidémie a fait progressivement inonder le domaine biomédical et la sphère sociale pour faire irruption sur la scène publique. Ces deux auteurs et l'ensemble de documents qu'ils ont recueillis insistent sur les translations associatives Nord-Sud (1) des années 80 au cours desquelles, le mouvement associatif du Nord a harcelé les pouvoirs politiques occidentaux tout en soutenant les réseaux associatifs des pays du Sud afin de générer une sorte de plaidoirie interne et internationale portée par les malades du Sud de plus en plus touchés par l'épidémie. Ces mobilisations ont conduit la communauté internationale à collecter des fonds pour soutenir l'action publique internationale de lutte contre le VIH/Sida grâce à leur redistribution auprès des pays les moins avancés. Ce qui peut expliquer, comme un second facteur de l'émergence de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique, la volonté politique des acteurs locaux, associatifs et publics, à contrôler la rente financière internationale et l'ensemble de pouvoirs symboliques et réels générés par les programmes internationaux de lutte contre le VIH/Sida (2).

²³⁴ P. Favre (dir.), *Sida et Politique. Les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris, L'Harmattan, 1992.

²³⁵ P. Benkimoun, *Mort sans ordonnance*, Hachette Littérature, Paris, 2002.

1. Les translations associatives Nord/Sud et l'autoprotection politique

La mobilisation des milieux associatifs au Nord, souvent constitués par les personnes infectées²³⁶ qui assènent les pouvoirs publics de revendications antisida a rapidement généré des dynamiques collectives au Sud²³⁷ plus ou moins analogues, selon les contextes nationaux. C'est essentiellement le cas de l'Afrique du Sud. Les premières mobilisations associatives y ont été renforcées par les translations de l'expertise exogène issue notamment de l'action de l'association Act-Up aux Etats-Unis et au Canada. La première association des malades, la GASA, était très connectée à Act-Up bien avant les préoccupations strictement engendrées par l'action antisida. Tout comme Act-Up, GASA était une association de personnes ayant de relations sexuelles avec leurs pairs. Et, le NAPWA puis la TAC ont été créés par les anciens militants de GASA.

C'est à partir de cette expertise issue de ces mobilisations qu'émergèrent les premiers réseaux associatifs en Afrique. Très tôt, l'expertise militante de la TAC a essayé de générer une sorte d'expertise africaine dans les mobilisations pour l'accès aux traitements dans les pays du Sud. La TAC a eu un rôle très prépondérant pour façonner et consolider le paysage africain de lutte pour les médicaments. Les militants de la TAC et ceux d'autres associations africaines comme AAS au Burkina Faso, soutenus par les milieux associatifs du Nord,

²³⁶ Cfr. Le cas des premières mobilisations, autour de Michel de Foucault, de ce qui allait devenir Aides en France.

²³⁷ On lira P. Benkimoun, *Mort sans ordonnance*, Hachette Littérature, Paris, 2002.

ont harcelé et contraint les pouvoirs politiques locaux à agir.

Ainsi, en 1996, les premières mobilisations politiques en Afrique étaient perçues comme un ensemble de réponses publiques induites par la mobilisation de la société civile locale mais impulsée par des dynamiques collectives exogènes. Il y a eu comme un mouvement social de lutte contre le VIH/Sida qui au Nord et au Sud était résolu à afficher sa grande volonté²³⁸ de lutter à la fois contre le VIH/Sida ²³⁹ et l'immobilisme des pouvoirs publics africains.

Mais, les militants de la TAC ne manquent pas de mentionner le cas ougandais pour souligner l'idée selon laquelle d'autres événements extérieurs rendaient ce mouvement possible. Marc Eywood parle ainsi de la théorie de la protection de l'élite politique et intellectuelle elle-même de plus en plus concernée par le VIH/Sida en Afrique. En Ouganda, par exemple, la contamination progressive de l'élite politique et militaire a conduit précisément l'Etat à s'imposer comme modèle auprès des tenants de la

²³⁸ Il faut reconnaître que les militants antisida ont profité d'un contexte politique favorable à l'émergence des acteurs privés, avec les élans et les contraintes de la démocratisation en Afrique. Voir, P.-G. Pougoué, in D. Maugenest et J.D. Boukongou (dir.), *Vers une société de droit en Afrique centrale*, Yaoundé, PUCAC, 2001.

²³⁹ Quinze associations africaines de lutte contre le sida, issues de huit pays, se sont réunies pour mettre en place le Réseau Afrique 2000 avec l'appui logistique et méthodologique de l'association française Aides. Voir, S. de Haro, *Le sida en Afrique. Des réponses associatives*, Paris, Les Essentiels Milan, 2003.

théorie de la « participation active »²⁴⁰ et du « modèle unique » de l'action publique ougandaise.

Yoweri Museveni est arrivé au pouvoir en Ouganda, en pleine crise épidémiologique du VIH/Sida, en 1986 grâce à un coup de force militaire. En 1987, il apprendrait de ses services de renseignement que 30% de l'élite militaire en stage commando à Cuba serait séropositive²⁴¹. Or, sa survie et son maintien au pouvoir de l'Etat dépendent essentiellement de l'action des forces armées auxquelles il est profondément lié. Ce qui l'amène à prendre une position rigoureuse dans la gestion de l'épidémie en soutenant, dès le début, la campagne nationale de lutte contre le VIH/Sida, faisant de lui l'un des premiers chefs d'Etat africains à s'engager personnellement. Son action aura une forte influence sur les politiques qui vont être mises en place ailleurs en Afrique grâce à la modélisation de l'Onusida.

Dès 1992, l'Onusida, par ailleurs dirigée par Peter Piot, qui a conduit une grande partie de ses recherches sur le VIH/Sida en Ouganda, décide de proposer le type d'action publique ougandaise dans les pays africains qui commencent à accepter les recommandations politiques standardisées par la communauté internationale.

²⁴⁰ Voir F. Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

²⁴¹ Pour bien suivre cet épisode du déclenchement de la politique de lutte contre le sida en Ouganda, on peut aussi se référer à la thèse de Nathalie Lydié. Voir, N. Lydié, *Les chemins du sida : migrations, mouvements de population et infection à VIH au Cameroun*, Op. cit.

2. Le contrôle de la rente financière internationale

A partir de 1996, la généralisation des déclarations officielles à l’OMS de cas de personnes atteintes est érigée en nouvelle conditionnalité sine qua non d’accès au programme mondial de lutte contre le VIH/Sida, financé par le PNUD et la Banque Mondiale.

A cette période, le Cameroun et le Burkina Faso sont sévèrement touchés par un double choc qui ne manque pas d’avoir des effets sur l’économie locale. D’un côté, l’administration publique locale fait les frais des conséquences de plus en plus tangibles d’un « autoritarisme mou » sans issue à court et à moyen terme sur la vie des institutions publiques et de l’autre, ces deux pays sont encore très marqués par la crise économique et financière de la fin des années 80 qui fragilisent les structures administratives publiques y compris le système de santé.

Aussi, les fonds alloués à la lutte contre le VIH/Sida constitueraient, dans ce contexte, une rente capable d’apaiser la tension qui caractérise les finances publiques locales et serviraient ainsi à financer d’autres politiques publiques corollaires à l’épidémie du VIH/Sida, tout en générant ou en maintenant des emplois dans le service public de la santé. Ainsi, différents projets politiques seront présentés comme conduisant à l’action publique en vue de répondre aux nombreux défis du VIH/Sida. C’est dans ce cadre qu’apparaissent les premiers dispositifs, parmi lesquels les Programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida.

Au Cameroun, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida est conduite sous la responsabilité du Professeur Lazare Kaptué alors qu'au Burkina Faso, elle est sous la tutelle directe des services du chef de l'Etat²⁴². Cette phase s'accompagne de la « diffusion du problème dans les publics »²⁴³, grâce aux multiples campagnes publiques de sensibilisation soutenues par les médias et relayées par l'ensemble d'acteurs sociaux dans les milieux traditionnels de socialisation quotidienne : les entreprises publiques et privées²⁴⁴, les écoles, les universités, les églises, etc²⁴⁵. Au cours de cette phase, la perception du VIH/Sida comme problème public commence à se répandre au sein de la population mais sa conscience politique fera l'objet d'appropriations différenciées. Au Cameroun, cette appropriation est liée au rôle et au statut du Professeur Kaptué dont la personnalité se confond très vite avec l'épidémie alors qu'au Burkina Faso, elle est tributaire de deux déterminants en conflit.

²⁴² Fred Eboko se demande pourquoi, alors que le sida fait l'objet d'une forte appropriation du chef de l'exécutif dans d'autres pays, au Cameroun, le chef de l'Etat est quasi absent du débat. Voir, F. Eboko, *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Op. cit.

²⁴³ Y. Surel, in P. Muller et Y. Surel, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 1998.

²⁴⁴ En Afrique du Sud, les entreprises privées sont à l'avant-garde des grandes campagnes de lutte contre le VIH/Sida ce d'autant plus que dans ce pays, les premières victimes sont les employés dans grandes sociétés minières. Lire J. Hayem, « Histoire collective et responsabilité individuelle. Conditions de mobilisation contre le sida dans les mines » in Fassin D. (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 2004.

²⁴⁵ On se réfère ici aux campagnes nationales de formation des « pairs éducateurs » au Cameroun et au Burkina Faso. Selon ce concept de « pair éducateur », chaque milieu social devait avoir une équipe d'éducateurs spécialement formés pour la sensibilisation, issus de ce milieu et choisis parmi les leaders capables d'influer sur les comportements et les choix sexuels de leurs pairs ou semblables. Dans ce cadre, il y a eu plusieurs sessions de formation des pairs éducateurs dans les entreprises privées et publiques, dans les écoles, les universités et les milieux d'apostolat religieux, financées par l'Onusida.

D'un côté, cette conscience politique du VIH/Sida est liée à la capacité du milieu international à mobiliser des relais politiques locaux en vue d'infléchir les choix et les décisions politiques locaux au moment où se développent en Afrique des dynamiques contraires aux politiques publiques internationales de lutte contre le VIH/Sida. Elle affronte en effet la résistance des Etats fragilisés par la crise économique et, pour le cas du Burkina Faso, le mouvement de contestation politique issue de l'assassinat du Président Thomas Sankara, le 15 octobre 1987. Les Etats africains sont encore très soucieux de leur relative souveraineté dans la gestion et la mise en œuvre de l'action publique. Le Cameroun et le Burkina Faso fléchissent à cause, entre autres, des promesses financières qui accompagnent les recommandations internationales, alors que l'Afrique du Sud s'oppose avec détermination aux multiples pressions de la communauté internationale sous l'action de l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

De l'autre côté, la conscience politique est mise à l'épreuve par l'incapacité de l'élite politique et administrative locale à absorber les fonds mis à leur disposition par la communauté internationale pour soutenir l'action publique du VIH/Sida tout en affirmant encore une certaine autonomie vis-à-vis des programmes politiques initiés par les institutions internationales. Il y a comme une certaine tension interne dans l'administration publique pour gérer les financements destinés à la lutte contre le VIH/Sida si bien qu'au Burkina Faso, le PNLS sera mis sous la tutelle directe du Président de la République et au Cameroun, bien qu'étant une structure administrative indépendante, le CNLS dépendra organiquement de la Présidence de la République et non du Ministère de la Santé.

En fin de compte, l'affrontement de ces deux postures engendre deux modèles : d'un côté, le Cameroun et le Burkina Faso adhèrent finalement aux recommandations internationales sur la nécessité de conduire des politiques de lutte contre le VIH/Sida avec la définition de leurs contenus et les mécanismes à mettre en place. Mais, la captation de la rente internationale prend le dessus sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques pouvant absorber ces financements.

De fait, il n'y aura pas de débat politique local quel qu'il soit sur le VIH/Sida et les capacités des administrations locales à appliquer les orientations pratiques issues des recommandations politiques internationales ; de son côté, l'Afrique du Sud se distingue à l'inverse par son opposition à ces politiques. En plus, elle réunit des moyens scientifiques plutôt impressionnants pour se donner une bonne conscience et reconforter sa « dissidence active » vis-à-vis des politiques internationales de lutte contre le VIH/Sida. Le Président Thabo Mbéki et son ministre de la Santé, le Docteur Manto Tshabalala-Msinmang organisent plusieurs consultations scientifiques dont les conclusions démontrent que le VIH/Sida n'est pas une épidémie qui devait préoccuper la communauté internationale au point d'en faire la priorité dans le cadre des politiques de développement.

Section 2

La formulation générale du VIH/Sida en tant que « problème public »

Pour Jean-Gustave Padioleau²⁴⁶, la phase qui correspond à la première étape dans le processus de mise sur agenda est celle au cours de laquelle le problème « est reconnu en tant que tel mais sa formulation demeure générale »²⁴⁷. Dans le cadre du VIH/Sida, cette phase correspond exactement à la période où, après de nombreux conflits d'interprétation et le refus des Etats à reconnaître l'épidémie, plusieurs mythes commencent à enrichir le discours et la perception que les individus se font de la maladie. Ces représentations rendent progressivement le processus de politisation plus ou moins incertain, selon les contextes nationaux. Fred Eboko reconnaît ce stade de formulation générale du problème lorsqu'il note que « l'expansion de l'épidémie elle-même produit un tel travail de sappe que la confrontation à la maladie – directement ou indirectement – stimule la prise de conscience »²⁴⁸.

²⁴⁶ J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, Op. cit.

²⁴⁷ Ibid., p.26.

²⁴⁸ F. Eboko, *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Op. cit., p.220.

1. La construction du VIH/Sida en « fait social »

En Afrique du Sud tout comme au Cameroun et au Burkina Faso, le VIH/Sida s'est progressivement imposé comme fait social à cause, entre autres, de la découverte de nouveaux cas de personnes infectées, des effets de l'épidémie sur la vie sociale et les activités économiques, des images très choquantes de personnes infectées et de la mobilisation de ressources sur le plan international.

De nombreuses personnes commencent à en être victimes et les projets politiques s'y intéressent progressivement. Mais, à ce stade, en Afrique du Sud, les autorités publiques trouvent un nouvel élément en tentant d'établir une distinction entre ce nouveau fléau innommable qui terrifie les homosexuels²⁴⁹ et s'impose à l'ensemble du corps social comme réalité sanitaire et le VIH/Sida dont l'existence est encore officiellement niée²⁵⁰. Pourtant, en 2001, Nelson Mandela reconnaît lors des obsèques de son fils que celui-ci aurait été « une victime de plus de l'épidémie du VIH/Sida dans

²⁴⁹ Paradoxalement, l'Afrique du sud a été en 1996 le premier pays au monde à se doter d'une Constitution qui protège explicitement ses citoyens contre toutes les formes de discrimination liées à l'orientation sexuelle. C'est d'ailleurs en se fondant sur la Constitution que la Cour Constitutionnelle a récemment ordonné au gouvernement de légaliser le mariage homosexuel. Et, depuis le 30 novembre 2006, deux personnes de même sexe peuvent s'unir devant un Officier d'Etat civil en Afrique du sud. En conséquence, l'Afrique du sud abrite aujourd'hui encore la communauté gay et lesbienne la plus visible du Continent africain où l'homosexualité est souvent clandestine, présentée comme un héritage du colonialisme et de la culture blanche, contraire à la tradition africaine.

²⁵⁰ On peut se référer ici aux travaux commandés par le Président Thabo Mbeki. Voir, « Presidential AIDS Advisory Panel Report: A synthesis report of the deliberations by the panel of experts invited by the President of the Republic of South Africa, the Honourable Mr Thabo Mbeki », mars 2001, 134p. Voir, <http://www.info.gov.za/otherdocs/2001/aidspanelpdf.pdf>, consulté le 25 mars 2007.

(son) pays ». Mais, la situation n'évolue pas malgré les rapports de l'OMS prévoyant des scénarii catastrophes sur la maladie en Afrique et la fin de l'apartheid, avec l'émergence d'une élite politique noire, issue des Townships profondément affectés et infectés par le virus du VIH/Sida²⁵¹. Si l'ampleur de l'épidémie est aujourd'hui visiblement un facteur de la forte mobilisation des ressources financières et humaines en Afrique du sud²⁵², elle n'a pas été suffisamment déterminante pour politiser le problème du VIH/Sida. Il faut plutôt reconnaître le rôle des chercheurs en médecine²⁵³, des associations de personnes vivant avec le VIH/Sida²⁵⁴, des organisations des personnes homosexuelles²⁵⁵ et des juristes²⁵⁶ dans la prise de conscience du « problème

²⁵¹ Nous pensons ici aux nombreux entretiens que nous avons eus pendant notre séjour de terrain à Soweto avec différentes enquêtes à l'hôpital Chris Hani Baragwanath de Soweto, qui serait le plus grand centre hospitalier d'Afrique.

²⁵² Le procès de Pretoria en 2001 a mis en lumière les nouvelles orientations politiques du gouvernement sud-africain en matière de la lutte contre le Sida même si, au lendemain de ce procès, les mouvements militants ont été obligés de reprendre l'arme de la lutte pour contraindre le gouvernement à honorer ses engagements vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/Sida en Afrique du sud. Voir, M. Mbali, « HIV/AIDS policy-making in post-apartheid South Africa », in Habib A., Daniel J. and Southall R. (eds), *State of the Nation: South Africa 2003-2004*, Op. cit.

²⁵³ Les témoignages convergent dans les trois pays de notre étude pour affirmer le rôle pionnier des chercheurs en médecine dans les premières mobilisations antisida au niveau national et international en participant à des forums et conférences sur le Sida.

²⁵⁴ En Afrique du Sud, on évoque souvent le cas de la NAPWA dont est issue la TAC et au Burkina Faso, AAS. Au Cameroun, AFSU semble jouer le rôle d'avant-garde dans le cadre de la mobilisation des personnes vivant avec le VIH/Sida même si son impact au niveau local a été victime de la discrétion de ses membres compte tenu de la stigmatisation des séropositives dans ce pays.

²⁵⁵ C'est une réalité propre à l'Afrique du Sud où les homosexuels se sont affirmés dans les mouvements de lutte contre le Sida tel que les activistes de GASA.

²⁵⁶ Ici, nous pensons au rôle du Juge Edwin Cameron et ses collègues dans le chantier de la constitution sud-africaine de 1996 y incluant expressément la lutte contre les discriminations fondées sur les orientations sexuelles.

du VIH/Sida » par les populations et les autorités publiques²⁵⁷.

Tous ces acteurs périphériques sont considérés comme des acteurs essentiels de l'émergence du VIH/Sida comme problème public.

2. La mobilisation des approches par le droit

Au Cameroun comme en Afrique du Sud, les débats glissent progressivement vers les questions de droit et d'éthique pour conduire l'Etat à agir. Cet état de fait est expliqué non seulement par la mouvance des droits de l'homme mais surtout par le fait qu'en Afrique du Sud tout particulièrement, les réseaux militants de la gauche anti-apartheid et même du mouvement pour les droits des homosexuels, réunissaient déjà plusieurs juristes. Les mobilisations antisida ont simplement mis côte à côte les militants anti-apartheid et ceux pour les droits des homosexuels, soucieux de la juridisation des droits sociaux, économiques et culturels dans la nouvelle constitution sud-africaine post-apartheid²⁵⁸. Ils se saisissent ainsi des débats sur le VIH/Sida, en particulier sur la reconnaissance et le respect des droits des personnes

²⁵⁷ On lira M. Mbali, « HIV/AIDS policy-making in post-apartheid South Africa », in Habib A., Daniel J. and Southall R. (eds.), *State of the Nation: South Africa 2003-2004*, Op. cit.

²⁵⁸ A ce sujet, l'Afrique du sud est considérée comme à l'avant garde du combat contre toutes les formes de discriminations : elle a été en 1996 le premier pays au monde à se doter d'une Constitution protégeant ses citoyens contre toute discrimination liée à l'orientation sexuelle et vient depuis le 30 novembre 2006 de légitimer des couples de même sexe.

infectées et les droits d'accès aux traitements du VIH/Sida pour obtenir l'inscription de la lutte contre les discriminations de toute sorte dans la Constitution de 1992 y compris les discriminations basées sur l'orientation sexuelle. Leur engagement se fonde sur la mobilisation des outils cognitifs et des mécanismes institutionnels des droits de l'homme.

A partir de là, les questions du VIH/Sida émergent définitivement dans les arènes politiques et occupent une place importante dans les répertoires d'action des militants sud-africains qui reprochent au gouvernement de violer les droits à la santé et à l'accès aux soins, par son inaction en faveur de nombreuses personnes vivant avec le VIH/Sida. Selon certains spécialistes de la TAC, ce mouvement aurait été créé le 10 décembre 1998, date anniversaire de la déclaration universelle des droits de l'homme : « Le vendredi des obsèques de Simon Nkoli, j'ai demandé à dix personnes vivant avec le VIH/Sida, à leurs familles et amis de commencer un jeûne symbolique pour avoir accès au traitement le 10 décembre 1998... L'ouverture et le traitement sont les deux questions capitales... Une campagne d'« ouverture » est en réalité un appel à l'activisme et une affirmation de l'identité. Les personnes vivant avec le VIH/sida sont toutes seules (qu'elles soient enfermées ou au grand jour) - alors que nous recherchons l'amour, la compassion et l'attention

- nous réclamons également le traitement »²⁵⁹.

Ce jour-là, les manifestants, pour la plupart des personnes infectées et leurs proches ont marché dans les rues du Cap avant d'entamer une grève de la faim. En fin de journée, ils ont obtenu plus d'un millier de signatures²⁶⁰.

On peut également évoquer, dans ce cadre, le rôle du Juge Edwin Cameron et de ses amis militants de la TAC dans la modification par l'Afrique du Sud de la loi sur les brevets, dans le but d'imposer à très bas coût les traitements du VIH/Sida, en copiant et en produisant les médicaments déjà disponibles. En plus, lors du procès de Pretoria en 2001, par lequel 32 firmes pharmaceutiques ont attaqué le gouvernement sud-africain en justice dans l'affaire des génériques, la TAC grâce à son expertise juridique a proposé ses services en tant qu'« amicus curiae »²⁶¹ aux côtés du gouvernement. Mais, à cette période, le VIH/Sida commence simplement à émerger en tant que problème public grâce à une formulation générale. Il fallait encore le spécifier

²⁵⁹ Lettre de Zackie Achmat aux activistes du VIH/Sida, Centre for Health Policy (CHP), University of Witwatersrand, Resource Room, 'A Letter from Zackie Achmat', Zackie Achmat, *TAC : HIV & AIDS Treatment Action Campaign : A Reading Package for Treatment Action Campaign Volunteers : HIV/AIDS : An Activists' Guide to Treatment Rights and Literacy : Building a movement to secure the rights and dignity and access to treatment for people with HIV and AIDS* ». Zackie Achmat « A Letter from Zackie Achmat ».

²⁶⁰ Cet événement marque le début de la *Treatment Action Campaign* en Afrique du sud.

²⁶¹ Cette notion dérivée du latin dont elle garde tout son sens désigne la personnalité qu'une juridiction civile peut entendre, sans autres formalités, dans le but de rechercher des éléments propres à faciliter son information sur la question en conflit. Car, malgré la critique selon laquelle le gouvernement n'a œuvré ni assez ni suffisamment vite pour combattre la pandémie qui afflige peut-être 18% de la population du pays, les militants luttant contre le Sida ont accompagné ce gouvernement lorsqu'il a défendu la production de médicaments génériques moins coûteux par les pays les moins avancés, et remporté le procès entrepris par des sociétés pharmaceutiques multinationales en avril 2001.

comme problème de santé publique avant d'envisager les modes d'organisation pour lutter²⁶² contre ses effets.

Section 3

La spécification du VIH/Sida en problème de santé publique

Jean-Gustave Padioleau définit la spécification comme la phase au cours de laquelle « des projets plus ou moins concurrents, précis ou elliptiques définissent (...) et précisent les modalités de l'intervention publique »²⁶³. Comment dans ce contexte éclaté et fluide à la fois, reconnaître un pouvoir politique détenteur de la légitimité et du monopole de l'action publique et le distinguer d'un pouvoir qui ne le serait pas ? Il faut peut-être rappeler que selon les théoriciens de la légitimité politique²⁶⁴, pour qu'un pouvoir soit politique, il faudrait qu'il remplisse trois conditions : tout d'abord, que la compétence que lui confère son pouvoir s'étende à l'ensemble de la

²⁶² Il faut dire qu'à cette période, le Cameroun et le Burkina Faso sont déjà à un peu plus de 10 ans de relative politisation ou de l'émergence du sida comme problème politique, si on se limite au simple fait que les instances politiques se soient saisies de la question malgré le fait qu'inversement, les ressources allouées à la lutte contre cette épidémie y soient de loin moins significatives que celles que le gouvernement sud-africain y affectera dès les premières instances de l'émergence du sida comme affaire publique en Afrique du sud.

²⁶³ J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, Op. cit.

²⁶⁴ On peut approfondir cette question grâce aux travaux synthétiques de Paul Ricœur. Voir, P. Ricœur, *Lectures 1 : autour du politique*, Paris, Seuil, 1999.

collectivité humaine considérée ou à une portion décisive de celle-ci ; ensuite, que ce pouvoir lui confère la capacité de produire des injonctions sociales considérées comme légitimes dans le cadre de la collectivité concernée ; enfin, que le détenteur de ce pouvoir bénéficie dans cette collectivité du monopole de la contrainte légitime et qu'aucun sous groupe de cette collectivité ne puisse le supplanter au plan de la violence.

1. La multiplicité des acteurs et de points de vue

La phase de spécification du VIH/Sida comme problème de santé publique s'organise de différente manière selon les pays mais avec une multiplicité de réseaux d'acteurs locaux et transnationaux soutenus par une diversité de points de vue et d'opinions sur le VIH/Sida et ses représentations. Au Cameroun, elle renvoie à la période pendant laquelle les premières mobilisations politiques locales commencent à s'organiser autour et même sous le contrôle du Professeur Lazare Kaptué²⁶⁵. Ce personnage issu du milieu scientifique biomédical, très en vue dans les premières mobilisations antisida au Cameroun, contrôle les productions scientifiques nationales et internationales sur le VIH/Sida. Ce qui lui permet de s'imposer au sein de la communauté qui se dessine dans l'action publique locale contre le VIH/Sida et structurée autour d'un ensemble d'acteurs, d'institutions et de pratiques

²⁶⁵ F. Eboko, in R. Otayek et alii, *Les sociétés civiles du sud : un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*, Paris, Etudes du Ministère des Affaires Etrangères, 2004.

par ailleurs éclatés, composés de spécialistes de santé publique, de juristes, de spécialistes de sciences sociales, de sans-emplois, de leaders syndicaux, d'acteurs politico-administratifs, d'associations de personnes infectées et affectées, de milieux confessionnels, etc.

Compte tenu de son rôle très prépondérant dans l'ensemble de mécanismes nationaux de lutte contre le VIH/Sida, le Professeur Kaptué devient finalement une sorte de d'interface entre le local et l'international, entre le public et le privé, entre l'élite politique et les professionnels de la santé, etc. Il symbolise une certaine personnalisation à la tête de l'action publique du VIH/Sida au Cameroun. Il est en cela adoubé par l'influence progressive de ses collaborateurs en majorité issus des professions de la santé et qui, comme lui, semblent mettre en lumière ce que Fred Eboko évoque en termes de « biopouvoir » pour désigner une légitimité essentiellement fondée sur l'expertise biomédicale²⁶⁶.

Au Burkina Faso, les premières mobilisations sont le fait de plusieurs acteurs associatifs et politiques locaux²⁶⁷, très largement connectés aux flux d'informations et de ressources financières exogènes, notamment des milieux publics et privés français, canadiens et américains. En Afrique du Sud par contre, plus qu'au Cameroun et au Burkina Faso, cette phase s'organise

²⁶⁶ Ibid.

²⁶⁷ L. Achilli et Fabienne Hejoaka, *Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/Sida au Burkina Faso*, Face à Face, Revue électronique, Université Victor Segalen – Bordeaux II, juin 2005.

autour d'une période politique trouble : Frederick de Klerk²⁶⁸ cède à la pression des mouvements de gauche anti-apartheid et de la communauté internationale, profondément choquée par les dernières répressions violentes des manifestants anti-apartheid et les déclarations du Ministre de la justice qui disait que la mort de l'activiste Steve Biko dans les geôles, suite à la torture de ses bourreaux, n'avait aucun effet puisque cela le laissait « ni chaud, ni froid ». Frederik de Klerk autorise alors la libération de Nelson Mandela²⁶⁹.

Avant cet épisode, tout portait à croire que le dernier régime d'apartheid ne

²⁶⁸ Né le 18 mars 1936 à Johannesburg, Frederik Willem de Klerk est issu d'une famille installée dans le pays depuis trois siècles et pro-apartheid. Il entre en politique et devient ministre dans le gouvernement du Premier ministre Voster en 1978. À la tête du Parti National de Transvaal en 1982, il succède à Peter Botha en février 1989. Il engage alors à partir de 1990, une réforme politique et institutionnelle en faveur des Noirs. En juin 1991, il abolit les lois fondant l'apartheid et sort Nelson Mandela de prison. Son gouvernement élabore une nouvelle constitution destinée à écarter plus de trois siècles de racisme institutionnalisé. Celle-ci entrera en vigueur en 1994, après les premières élections multiraciales qui portent Nelson Mandela au pouvoir face à son adversaire sortant. Frederik de Klerk reste cependant associé aux affaires de l'État, à la demande de Nelson Mandela, de 1994 à 1996, puis se retire de la vie politique. En décembre 1993, il partage le prix Nobel de la paix avec Nelson Mandela. Depuis, il voyage à travers le monde pour donner des conférences.

²⁶⁹ Rolihlahla Nelson Mandela est né le 18 juillet 1918 à Qunu (près de Umtato, Transkei). Il est membre fondateur des ANCYL en 1944. En 1967, il succède, en captivité, au défunt Lutuli au poste suprême de président général de l'ANC. Le combat de Mandela visait une société égalitaire entre tous les citoyens sud-africains. Lorsqu'il est arrêté, jugé et condamné à une peine d'emprisonnement à perpétuité, il dira qu'après avoir mené des actions pacifiques, il avait abouti à la conclusion que seule la violence pouvait changer la situation en Afrique du Sud. A cet effet, il ne sera jamais considéré comme un prisonnier politique par Amnesty International, qui déclarait d'ailleurs dans un quotidien finlandais Helsingin Sanomat du 13 septembre 1985 : « Amnesty International a constaté la participation de Mandela dans l'élaboration d'actes de sabotage et dans la fomentation de la violence. Il ne remplit donc pas les conditions pour être classé dans la catégorie des prisonniers politiques ». Mandela est finalement libéré en 1990 par le gouvernement du Parti National dirigé par Frederick de Klerk, lequel s'engagera par la suite sur la voie de l'égalité des droits et de l'abolition de l'apartheid.

se préoccupait pas des questions du VIH/Sida étant donné que cette maladie touchait deux catégories sociales marginalisées sous l'apartheid : les homosexuels²⁷⁰ et les noirs.

De son côté, l'ANC de Nelson Mandela qui arrive au pouvoir en 1994, est animé par deux objectifs très éloignés de l'action publique contre le VIH/Sida : la consolidation des institutions démocratiques postapartheid et la pacification des relations interculturelles en Afrique du Sud. Dans ce projet politique, la question du VIH/Sida semble être reléguée au second plan. Il semble que Nelson Mandela n'ait jamais prononcé le terme « Sida » au cours de ses cinq années de mandat en tant que Président de l'Afrique du Sud, de 1994 à 1999 :

« C'était un tabou que ses conseillers lui avaient fermement interdit de transgresser au risque de plonger l'ANC dans une guerre interne et d'anéantir les espoirs de démocratisation naissants. Il fallait donc faire des choix. La question du Sida pensions-nous à cette époque n'était pas prioritaire par rapport à

²⁷⁰ De par son histoire, l'Afrique du Sud se veut désormais à l'avant-garde du combat pour l'élimination de toutes les formes de discrimination. Elle vient pour cela de légitimer les couples de même sexe. Mais, protection juridique ne signifie pas acceptation sociale car, les mentalités évoluent moins vite que le droit. En février 2007, Zoliswa Nkonyama est morte, victime de l'homophobie, dans un township de la banlieue du Cap. Le seul reproche fait à cette jeune fille de 19 ans est d'être lesbienne. Elle est morte après avoir été poursuivie par la foule, frappée à coups de clubs de golf, de briques et de poignard. Jusqu'à ce jour, personne n'a été inquiété par la justice suite à ce meurtre, souligne Donna Smith.

l'histoire de notre pays et aux défis qui nous attendaient »²⁷¹.

2. La survivance des controverses pendant la spécification

Le période de spécification du VIH/Sida comme problème de santé publique est caractérisée, en Afrique du Sud et ailleurs en Afrique, par les vues très controversées du président Thabo Mbeki, successeur de Nelson Mandela, à partir de 1999. Thabo Mbeki refuse encore les théories en cours sur les causes et la nécessité des traitements du VIH/Sida. Dès avril 2000, il demande à son Ministre de la santé de constituer un groupe de recherche sur le VIH/Sida. Ce groupe comprend à la fois des scientifiques orthodoxes ainsi que des scientifiques sceptiques. Ces derniers s'interrogent sur le lien de causalité entre le VIH et le Sida.

Thabo Mbeki et Manto Tshabalala-Msimang font publier, en 2001, le document qui retrace les discussions de cette équipe dont les conclusions font apparaître des désaccords sur les liens entre le VIH et le Sida²⁷². A la suite d'une autre étude assez circonstanciée confiée à l'avocat sud-africain

²⁷¹ C'est une retranscription d'un entretien obtenu auprès d'un haut fonctionnaire à la Commission parlementaire sur le VIH/Sida et très influent à l'ANC.

²⁷² Il s'agit de « Presidential AIDS Advisory Panel Report: A synthesis report of the deliberations by the panel of experts invited by the President of the Republic of South Africa, the Honourable Mr Thabo Mbeki », mars 2001, Op. cit.

Anthony Brink, Thabo Mbeki et son gouvernement, s'intéressent essentiellement au rapport entre le bénéfice et la toxicité de l'AZT²⁷³ et de la Névirapine²⁷⁴. Ces deux molécules sont proposées à cette époque pour diminuer la transmission de virus du VIH/Sida de la mère à l'enfant pendant la gestation et/ou l'accouchement. Nous y reviendrons dans le prochain chapitre.

En septembre 2003, le gouvernement de Thabo Mbeki cède finalement à la pression interne et internationale. Thabo Mbeki charge le ministère de la santé de mettre en œuvre un vaste plan de traitement et de prévention du

²⁷³ L'AZT n'est pas un nouveau médicament. Il n'a pas été créé pour le traitement du sida et n'est pas un produit antiviral. L'AZT est un composé chimique qui a été développé comme agent de chimiothérapie contre le cancer il y a plus de 30 ans. Nous savons que la chimiothérapie travaille en éliminant les cellules. L'approbation de ce produit extrêmement toxique comme traitement du sida a été faite sur des informations qui suggéraient que l'AZT pouvait permettre une augmentation du nombre des cellules T et par conséquent permettre de retarder un des éléments qui était considéré comme faisant partie du sida, à savoir la baisse des cellules T.

²⁷⁴ La névirapine est un type de médicament anti-VIH qui est pris deux fois par jour, avec ou sans nourriture, dans le cadre de certaines multithérapies administrées aux personnes vivant avec le VIH/sida. Pour expliquer son mécanisme d'action, il faut d'abord expliquer certaines caractéristiques du VIH. Lorsque le VIH pénètre dans une cellule, il finit par en prendre le contrôle. Ensuite, il force la cellule à fabriquer d'autres copies de VIH. Pour ce faire, les cellules ont recours à des protéines appelées enzymes. Lorsque l'action de ces enzymes est affaiblie ou bloquée, la production de VIH ralentit ou s'arrête. La névirapine appartient à un groupe de médicaments, appelés inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse, qui ciblent une enzyme appelée transcriptase inverse. Les cellules infectées par le VIH utilisent cette enzyme pour faire de nouvelles copies virales. Puisque la névirapine a la faculté d'affaiblir l'activité de cette enzyme, elle fait en sorte que les cellules infectées par le VIH produisent moins de nouveaux virus. La névirapine est utilisée en association avec plusieurs autres médicaments appartenant à des catégories différentes, notamment les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse et les inhibiteurs de la protéase. Ce genre de combinaison s'appelle une multithérapie antirétrovirale fortement active. Pour être efficace, la névirapine doit se prendre en combinaison avec au moins deux autres médicaments anti-VIH.

VIH/Sida en Afrique du Sud²⁷⁵. Aujourd'hui, l'Afrique du Sud jouit d'une action publique de lutte contre le VIH/Sida plus orthodoxe et compréhensive pour combattre les effets du VIH/Sida. Il est directement coordonné et organisé par le ministère de la santé, sous la responsabilité du docteur Manto Tshabalala-Msimang, Ministre de la santé de décembre 2000 à Septembre 2008.

Section 4

La diffusion du « problème VIH/Sida » dans les publics

L'impact des médias occidentaux et africains dans la gestion de l'épidémie de VIH/Sida ne peut pas se limiter aux seuls aspects négatifs tels qu'analysés dans le deuxième chapitre. En effet, c'est également grâce à l'action de la presse que le VIH/Sida a été diffusé auprès des publics et ainsi construit en problème par l'opinion publique. Jean-Gustave Padioleau montre d'ailleurs que « l'opinion publique existe sous la forme d'une pyramide de publics : spécifiques et généraux »²⁷⁶. Ces deux catégories de public n'ont pas les mêmes regards sur le problème à inscrire sur l'agenda politique.

²⁷⁵ Sur ces questions, on pourra lire Mbali, « HIV/AIDS policy-making in post-apartheid South Africa », in Habib A., Daniel J. and Southall R. (eds.), *State of the Nation: South Africa 2003-2004*, Op. cit.

²⁷⁶ J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, Op. cit., p.41.

Le public « spécifique » est constitué de « publics d'indentification », directement concernés par le problème : c'est le cas, au début de l'épidémie, des populations originellement construites comme faisant partie des catégories sociales les plus touchées, à savoir les prostituées, les homosexuels, les Noirs en Afrique du Sud, les Blancs au Cameroun et au Burkina Faso ou les étrangers, dans tous les cas²⁷⁷. Les publics spécifiques sont de fait constitués de catégories sociales concernées.

Les publics généraux par contre, sont les « publics attentifs » souvent constitués de personnes affectées (et non infectées) parce que très liées aux publics spécifiques. Il peut s'agir comme nous l'avons montré dans nos précédents développements, de professionnels de la santé, de chercheurs ou de juristes praticiens, des familles au sens large, etc. Pour Jean-Gustave Padioleau, les publics généraux sont constitués de publics « informés mais peu enclin à l'action » et du grand public, souvent indifférent. Ce qui nous amène à analyser l'action des catégories sociales concernées et quelques fenêtres d'opportunités culturelles pour inverser les discours courants sur le VIH/Sida. Nous l'analyserons ici à travers l'action des catégories sociales concernées (1), l'inversion du discours des médias sur l'homosexualité (2) et l'émergence progressive des fenêtres d'opportunités politiques et culturelles (3).

²⁷⁷ On se réfère ici aux débats sur les populations dites à risque et sur la place des mouvements migratoires dans la diffusion des épidémies. Voir S. Sontag, *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgeois, 1989.

1. L'action des catégories sociales concernées

Au Cameroun et au Burkina Faso, les publics spécifiques, constitués de personnes vivant avec le VIH/Sida, victimes de la stigmatisation et de la discrimination qui les contraignent au silence au début de l'épidémie, n'ont pas joué un rôle particulièrement déterminant dans la diffusion du VIH/Sida. Celle-ci a été le fait de publics attentifs, revendiquant deux types de légitimité : la légitimité experte²⁷⁸ et la légitimité communautaire²⁷⁹. En Afrique du sud, les représentations du VIH/Sida ont par contre été diffusées grâce à la détermination des victimes elles-mêmes. Elles se sont engagées dans des réseaux nationaux de dénonciation de l'inertie du gouvernement et d'information sur les effets de la maladie. C'est donc ici le résultat de l'action des publics spécifiques, composés des groupes sociaux intéressés.

Dans un cas comme dans l'autre, la diffusion des représentations du VIH/Sida découle du fait que celui-ci soit considéré comme « anormal » par les acteurs sociaux, par les spécialistes de la santé publique et les malades, eux-mêmes. En règle générale, la diffusion des problèmes dans les publics découle de la perception de la collectivité. En ce sens, lorsqu'un phénomène social apparaît dans la collectivité, celle-ci considère celui-là comme pouvant

²⁷⁸ Cette légitimité qui se fonde sur les connaissances acquises dans un domaine précis, rend compte dans le cas d'espèce de ce que Fred Eboko appelle le « biopouvoir ». En règle générale, elle est associée aux cas de nombreux médecins qui créent des associations de lutte contre le sida ou des juristes qui créent celles de défense des droits de l'homme, etc.

²⁷⁹ Cette légitimité se fonde sur la logique « du ressortissant », analysée par Jean Claude Thoening. Il s'agit en l'occurrence de voir comment les personnes concernées, à l'instar du slogan « soyons tous séro-concernés », investissent le champ du sida en créant des dynamiques associatives propres aux personnes infectées ou affectées.

être un facteur de trouble à son ordre interne et que, comme tel, un contrôle réfléchi doit désormais être exercé sur ce phénomène par les autorités de la collectivité, c'est-à-dire les pouvoirs publics. Or, la collectivité n'est pas en tout temps animée par d'autorités réactives face à tous les phénomènes sociaux.

En plus, les acteurs politiques essayent souvent de mettre en balance les bénéfices qu'ils pourraient tirer de la situation de tel ou tel phénomène. Pour dépasser ce calcul politique et anticiper l'appropriation politique du phénomène social, l'affrontement des différents groupes sociaux à travers leurs intermédiaires autorisés (partis politiques, médias, intellectuels, mouvements sociaux, etc.) s'avère quelquefois nécessaire. Ce sont ces groupes intéressés et leurs relais autorisés que Yves Surel²⁸⁰ désigne par les « publiques des problèmes ».

Les représentations sociales du VIH/Sida comme 'fléau homosexuel' a engendré, chez les homosexuels, la conscience d'appartenir à une catégorie à part. Cette tendance à la communautarisation de l'épidémie a provoqué une certaine résistance active dans les milieux homosexuels en Afrique du Sud et au Cameroun, avec un usage particulier de tous les relais de communication sous leur contrôle : médias, intellectuels de gauche, mouvements anti-apartheid, réseaux politiques, etc.

²⁸⁰ Y. Surel, « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, n°87, 1998, pp.161-178.

En Afrique du Sud, les activistes homosexuels déjà organisés au sein de GASA²⁸¹, et dont certains sont morts du VIH/Sida, ont pris conscience des débats homophobes et de l'attitude moralement critiquable des acteurs politiques à l'égard de l'épidémie et des homosexuels. Ils ont donc commencé à mobiliser diverses ressources pour auto-répondre aux défis du VIH/Sida et ainsi protéger leur communauté. Certains ont progressivement lu et rassemblé les coupures de presse qui liaient le VIH/Sida à leurs pratiques homosexuelles²⁸². Certains activistes homosexuels ont également réagi, bien que de façon relativement tempérée et non militante, à la représentation discriminatoire du VIH/Sida en tant que pathologie naturelle des « homosexuels ». Certains titres rassemblés dans ces coupures de presse représentent les séropositifs comme des prédateurs sexuels qui auraient menti sur leur statut sérologique et auraient délibérément contaminé leurs partenaires²⁸³.

D'autres discriminations à l'égard des séropositifs en Afrique du Sud et au Cameroun étaient liées au fait qu'ils soient présentés comme une menace à la santé publique. Ils étaient par exemple considérés comme inaptes à servir en

²⁸¹ Gay Association of South Africa (GASA) fut créée en 1982 à Johannesburg par la fusion de trois organisations homosexuelles. Peu de temps après sa création, elle devint une organisation nationale avec un peu plus d'un millier d'adhérents en 1983. Elle était essentiellement composée d'homosexuels blancs, de classe moyenne et se consacrait au développement d'aide sociale aux homosexuels dans un contexte de discrimination et de stigmatisation fondées sur l'orientation sexuelle. Voir, M. Gevisser, « Another fight for freedom », in E. Cameron and M. Gevisser, (eds.) *Defiant Desire: gay and lesbian lives in South Africa*, Johannesburg, Raven Press, 1994.

²⁸² Ces coupures sont encore disponibles au *Gay and Lesbian Archive*, à la *South African History Archive*, à l'université du Witwatersrand à Johannesburg.

²⁸³ L. Eksteen and Ch. Erasmus, « 'Concealment by AIDS victims », vol. 8.5, « Gays angry over blood transfusion poster » *The Citizen*, 29 January 1986, p. 15.

tant que personnel de navigation à bord des compagnies aériennes nationales : la Cameroon Airlines, au Cameroun et la South African Airways, en Afrique du Sud. En Afrique du Sud, par exemple, l'un des articles sur les premiers cas du VIH/Sida, signé du Sunday Times, soulignait avec émotion que « Sept mois avant d'être le premier Sud-Africain à mourir de cette nouvelle maladie, Ralph Kretzen, qui avait avoué être homosexuel, servait encore sur les vols vers l'étranger ».

Les homosexuels ont été confrontés aux premières formes de discriminations institutionnalisées liées au VIH/Sida. Mais, l'impact de l'activisme homosexuel sur la politisation ou l'inscription du VIH/Sida dans l'agenda politique en Afrique n'a pas suffisamment été discuté dans les travaux historiques en général ou dans l'histoire du VIH/Sida en particulier²⁸⁴. Nous y reviendrons dans le cinquième chapitre.

Des affiches officiellement utilisées par les services de santé publique dans la province du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, interdisaient les

²⁸⁴ On peut se référer à H. Philips, « AIDS in the Context of Sout Africa's Epidemic History », *South African History Journal*, n°45, 2001. Sur le même sujet, on pourra également lire, M. Gevisser, « Another fight for freedom », in E. Cameron and M. Gevisser, (dirs.) *Defiant Desire: gay and lesbian lives in South Africa*, Op. cit.; L. Grundlingh, « Government responses to HIV/AIDS in South Africa as Reported in the Media », *South African Historical Journal*, n°41, 2001.

« homosexuels » et les « moffies »²⁸⁵ ou les personnes ayant des rapports sexuels avec les « homosexuels » et les « moffies » de participer aux campagnes provinciales de don de sang afin d'éviter de transmettre le VIH/Sida²⁸⁶. Le South African Medical Journal et les rapports annuels du directeur de la santé publique de Durban faisaient régulièrement état des discriminations à l'égard des homosexuels, de prostituées noires et des étrangers. Ils étaient considérés comme des « populations à risque » ou même comme des êtres anormaux, des cas pathologiques. A cet effet, ils ne pouvaient pas être perçus comme des individus ayant simplement des vies compliquées dans des contextes socio-culturels complexes.

Au Cameroun et au Burkina Faso, nous avons été interpellé par un ensemble de mythes construits et diffusés autour de la représentation de l'épidémie. Ces mythes largement diffusés que nous avons à mainte reprise discuté sont liés au fait qu'au début de l'épidémie, le VIH/Sida était souvent associé à « une création sans fondement pour décourager les amoureux et les vagabonds sexuels ». Le Sida était perçu comme un syndrome inventé pour **décourager les amoureux et non, comme l'enseignaient les scientifiques, un**

²⁸⁵ Nous retrouvons ce terme dans les archives Gay et Lesbiennes, au Centre for Health Policies de l'Université de Wits. Dans les commentaires des activistes rencontrés, ce terme semble très gênant et désobligeant. Il renvoie aux pratiques homosexuelles en Afrique du Sud. Pour en savoir davantage sur les origines historiques et généalogiques de ce terme, on peut se référer aux travaux de Shaun de Waal. Voir S. de Waal, « Etymological note: On 'moffie' », in E. Cameron and M. Gevisser (eds.) *Defiant Desire: gay and lesbian lives in South Africa*, Op. cit.

²⁸⁶ On peut se référer à L. Eksteen and S. Harris « Row brew over 'moffie' posters », vol. 8.5, « Gays angry over blood transfusion poster » *The Citizen*, 29 January 1986, p. 15. C'est une pratique discriminatoire qui semble se poursuivre aujourd'hui, à en croire les propos de nos interlocuteurs au cours de nombreux entretiens que nous avons eus dans différentes villes sud-africaines et avec des acteurs institutionnels et associatifs.

syndrome d'immunodéficience acquise. Il était souvent représenté comme « le 'prix à payer' pour le 'péché' de l'homosexualité » et de la « marchandisation du corps », en rapport avec la perception conservatrice et fondamentaliste qui voudrait que l'homosexualité soit une « pratique contre nature » et la prostitution, un « mal suprême »²⁸⁷. A cette époque, la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/Sida incluait certains hôpitaux privés qui refusaient de recevoir des malades du Sida²⁸⁸.

Comme nous l'avons montré en évoquant les travaux de Sontag, nombreuses épidémies ont mis à jour les discriminations liées au VIH/Sida et la relative apathie des gouvernements²⁸⁹. Au Burkina Faso et au Cameroun, la diffusion des perceptions de l'opinion s'est faite grâce à la mobilisation des agences de coopération internationales qui ont réuni des images de personnes vivant avec le VIH/Sida dans les campagnes de sensibilisation tout en soutenant financièrement et techniquement les décisions politiques qu'elles ont par ailleurs suscitées. En Afrique du Sud, en revanche, cette diffusion a été opérée par l'inversion du discours et des discriminations liés au VIH/Sida, et particulièrement le refus du gouvernement d'engager des dépenses

²⁸⁷ Il semble que dans les premières années du sida, même la médecine traditionnelle véhiculait les convictions selon lesquelles le sida était une maladie naturelle de la pratique homosexuelle. Pour elle, il y avait quelque chose de naturel dans 'la vie des homosexuels' qui les rendait vulnérable à l'épidémie du sida. Ce n'était donc pas, comme Watney l'aurait soutenu sans succès en Afrique du sud post-apartheid, le défaut d'accès aux informations concernant la prévention du sida. A ce propos, on lira P. Triechler, « AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse », p. 21-23; S. Watney, *Policing Desire: Pornography, AIDS and the Media*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1987.

²⁸⁸ Cap St Leger, « AIDS patients turned away », *Sunday Times Metro*, 6 July 1986.

²⁸⁹ Alan M. Brandt montre que ce fut déjà le cas en Europe et en Amérique du Nord au début des années 1980. Voir, A. M. Brandt, *No Magic Bullet : A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*, New York and Oxford, Oxford University Press, 1987.

suffisantes pour mettre en œuvre les traitements. Cette diffusion a été soutenue par des actions violentes et radicales, à partir de 1996 et dont certaines eurent une influence importante sur l'activisme de la TAC²⁹⁰.

2. La fenêtre d'opportunités culturelles et politiques

La réflexion sur les modalités de diffusion du VIH/Sida en tant que problème public et donc objet d'investissement public nous conduit également à interroger la notion de fenêtre d'opportunité à partir des possibilités culturelles et politiques conjoncturelles.

« La fenêtre constitue une métaphore comparant la mise sur agenda au lancement d'une mission spatiale qui ne peut partir qu'au moment, fort limité dans le temps, où les planètes sont alignées. Si la mission n'est pas lancée durant cette fenêtre de tir, les astronautes et les ingénieurs doivent attendre la prochaine occasion. Dans le cas de la fenêtre politique, il ne s'agit plus de planète qui s'alignent mais de courants qui se

²⁹⁰ La TAC s'est inspirée du groupe radical Act-Up formé aux Etats-Unis à la fin des années 1980 pour mettre en cause le gouvernement américain, les sociétés pharmaceutiques et les chercheurs du sida qui n'avaient pas réussi à mettre en œuvre un traitement efficace du VIH dans la première décennie de l'épidémie. Voir R. Bayer and G. M. Oppenheimer, *AIDS Doctors: Voices from the Epidemic*, Oxford and New York, Oxford University Press, 2000, p. 138-140.

rejoignent »²⁹¹.

Cette perspective permet de voir comment une réalité sociale comme le VIH/Sida, surinvesti de discours, de représentations, d'images et de pratiques qui appelait exactement l'action des acteurs politiques, a pu faire l'objet d'infortunes diverses dans l'espace et le temps. En ce sens, on s'aperçoit très bien que ce qui au Burkina Faso conduisit d'une simple préoccupation d'homosexuels ou de « publics spécifiques » à une affaire publique prise en charge par l'Etat, n'a pas constitué davantage qu'un fait divers dans d'autres contextes culturels. Ces constats d'appropriation différenciée et d'intervention de fenêtres d'opportunités dans le diffusionnisme de l'action publique du VIH/Sida peuvent être prolongés à travers « l'affaire Viread » au Cameroun, du nom de ce laboratoire américain qui a contaminé des prostituées lors des essais thérapeutiques à Douala²⁹². Alors qu'elle fit couler beaucoup d'encre et de salive en Afrique du Sud, cette affaire n'a même pas suscité d'émotion particulière, ni de réaction énergique du gouvernement camerounais.

La diffusion des représentations de l'épidémie peut de fait être liée à contexte social et bénéficier de la contingente politique pour avoir un effet sur la

²⁹¹ P. Ravinet « Fenêtre d'opportunité », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.217-225.

²⁹² Il s'agit de la controverse suscitée par l'essai clinique du ténofovir au cours duquel le laboratoire pharmaceutique Viread n'aurait pas fourni suffisamment d'informations aux 400 volontaires sélectionnées parmi les professionnelles du sexe, sur les risques encourus. On a par ailleurs noté une absence de prise en charge des prostituées infectées par le VIH au cours de cet essai.

construction de l'action publique. Comme le montre Yves Surel²⁹³, la dimension spatio-temporelle est très déterminante dans la construction de l'objet politique. Elle permet ici de comprendre le retournement définitif de la situation en Afrique du Sud en 2003. En effet, à la veille des élections de 2004 pour lesquelles, Thabo Mbeki sollicite un second mandat présidentiel au nom de l'ANC, le mouvement de contestation pour la lutte contre le VIH/Sida est tel que l'épidémie se trouve au centre de la campagne présidentielle. Au sein de l'ANC, dont la base est constituée des réseaux militants des Townships, les voix s'élèvent.

Les militants de la TAC et d'autres associations comme le NAPWA mettent la pression dans les Townships sur les élus locaux de l'ANC qui craignent finalement de perdre leurs sièges au sein du Parlement. En même temps, le puissant mouvement syndical de la COSATU, allié traditionnel de l'ANC au sein de la tripartite, marqué par la propagation du VIH/Sida en milieu ouvrier et les effets sur la vie de nombreuses entreprises, commencent à exprimer son mécontentement vis-à-vis du gouvernement sur le manque d'action en matière de lutte contre le VIH/Sida. Du coup, Thabo Mbeki cède à la pression de l'ANC et de ses alliés en demandant expressément au Ministre de la santé de réunir un comité de lutte contre le VIH/Sida.

Les mobilisations électorales apparaissent ici comme l'élément contingent immédiat qui ouvre à une action publique du VIH/Sida en Afrique du Sud.

²⁹³ Y. Surel, « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, n°87, 1998, pp.161-178.

La contingence apparaît ici comme le « moment propice » pendant lequel, les acteurs sociaux saisissent la fenêtre d'opportunité ouverte par l'événement politique. La diffusion des représentations politiques ainsi que de l'action gouvernementale pour contrôler l'épidémie du VIH/Sida résulte d'une opération de décodage par les acteurs sociaux concernés ou non d'un moment propice au cours duquel le gouvernement ne peut pas ne pas répondre à leur demande. Cette diffusion est de fait l'articulation réussie d'une signification donnée à un système de normes et de valeurs culturelles partagées par tout ou partie de la société au moment où les exigences sociales rencontrent les limites des acteurs politiques en quête précisément de la société. C'est ce décodage qui confère finalement un caractère politique au fait social du VIH/Sida.

Conclusion de la première partie

Le VIH/Sida a été construit comme « problème public »²⁹⁴ après une longue période de déni au cours de laquelle il a été associé aux pratiques sexuelles et aux catégories sociales marginales, allant de 1984 à 1987, pour le Burkina Faso et le Cameroun et de 1982 à 2003, pour l'Afrique du sud. Il est devenu un problème politique à part entière dès 1988 au Burkina Faso et au Cameroun et autour de 2003 en Afrique du sud. C'est au cours de ces années-là que les

²⁹⁴ J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, Op. cit.

premières actions publiques ont été mises en place, avec des institutions administratives chargées de conduire des politiques nationales de lutte contre l'épidémie. Aujourd'hui, les ministères de la santé de ces trois pays peuvent être considérés comme des ministères du VIH/Sida : l'épidémie de VIH/Sida semble désormais éclipser la lutte contre la tuberculose, le paludisme et les autres endémies.

Deux variables ont certainement entravé l'inscription du VIH/Sida sur l'agenda politique en Afrique du sud : d'un côté, le contexte politique de l'apartheid enraciné dans un ensemble de pratiques politiques ségrégationnistes couplées aux différentes formes légales de discriminations catégorielles qui pesaient sur les populations noires et les homosexuels. Or, dans ce pays, ces deux catégories constituaient exactement les couches sociales les plus exposées à l'épidémie de VIH/Sida ; de l'autre, le caractère très populaire et exhibitionniste des mobilisations collectives qui, à plusieurs reprises, forgeaient leur légitimité sur la dénonciation de l'ANC alors que celui-ci, tenant sa légitimité de la première élection démocratique en Afrique du Sud, voulait se rendre seul référent des débats politiques nationaux.

Le VIH/Sida est très rapidement devenu un espace d'affrontements entre les nouveaux leaders politiques issus du militantisme de l'ANC et les dissidents convertis à la lutte sociale contre le VIH/Sida parce que concernés par la maladie ou par le rejet de l'homosexualité. Jean-Gustave Padioleau parle « du caractère plus ou moins saillant du problème »²⁹⁵ comme d'une variable

²⁹⁵ J.-G. Padioleau, *L'Etat au concret*, Op. cit. p.36.

capable de faciliter ou d'entraver la mise sur l'agenda politique :

« Le gouvernement refusait d'accéder aux demandes de la société civile sud-africaine interprétées comme des injonctions à agir et aux politiques antisida formulées par la communauté internationale, complice à ses yeux du régime d'apartheid, responsable du développement de l'épidémie de VIH/Sida dans les communautés noires des Townships et auprès des homosexuels »²⁹⁶.

Au Cameroun et au Burkina Faso, la politisation du VIH/Sida a largement été déterminée par l'engagement financier de la communauté internationale et les politiques proposées par elle. L'Afrique du Sud a par contre pris tout le temps nécessaire pour se saisir par sa propre initiative de la question de VIH/Sida, minimisant la légitimité des controverses. Ainsi, à côté d'une politisation déterminée par les recommandations internationales non accompagnées par des dynamiques politiques et sociales locales (Cameroun et Burkina Faso), les logiques et les dynamiques à l'œuvre en Afrique du Sud dégagent aujourd'hui une sorte de politisation engendrée par la légitimité des controverses internes et accompagnées par des dynamiques politiques et sociales locales issues de toutes ces controverses.

Sous ce rapport et au-delà l'émotion que pouvait entraîner l'attitude négationniste du gouvernement de Thabo Mbeki, l'Afrique du Sud apparaît comme le théâtre où surgit finalement une sorte de politisation de l'épidémie

²⁹⁶ Propos d'un député de l'ANC, membre de la commission parlementaire de lutte contre le VIH/Sida, rencontré à Cape Town, le 18 mai 2007.

de VIH/Sida. On peut y parler d'une réelle action publique de lutte contre le VIH/Sida en se fondant sur l'ensemble de dynamiques sociales locales dont l'émergence a été le fait de la longue période de confrontation, de controverse et de tensions multiformes entre les acteurs gouvernementaux et les militants associatifs. A l'inverse, on a quelques difficultés à percevoir le modèle cognitif et élaboré de la politisation du VIH/Sida dans les contextes camerounais et burkinabé plutôt mus par des logiques d'extraversion de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

Il reste que plusieurs contraintes politiques, sociales, culturelles, économiques et structurelles limitent encore l'action publique issue de la politisation progressive du VIH/Sida dans ces trois contextes nationaux. On assiste aujourd'hui à une multiplication et à une diversification des unités politico-administratives intra-ministérielles et interministérielles destinées à la lutte contre le VIH/Sida dont les différentes statistiques informent également sur les usages des stratégies de lutte contre le VIH/Sida et les modalités d'instrumentalisation de cette cause.

Deuxième partie

**LES DYNAMIQUES DE L'ACTION PUBLIQUE :
ADMINISTRATION ET ADMINISTRÉS**

Dans ses travaux, Philippe Bezes définit l'administration comme le résultat d'un processus historique de division du travail. Selon cette perspective, l'administration renvoie à deux types d'organisations autonomes et différenciées issues des dynamiques historiques de construction de l'Etat : il y a d'un côté, les instances de gouvernement dites « politiques », « habilités à revendiquer les décisions au nom d'une légitimité démocratique souvent tirée de l'élection » et de l'autre, les organisations dites « administratives », « en charge des procédures et des règles d'exécution de programmes publics et dont la légitimité repose sur des compétences, des expertises et un mode de recrutement sur la base de qualifications scolaires et/ou professionnelles »²⁹⁷.

La construction idéale-typique de Max Weber²⁹⁸ présente l'administration comme une institution différenciée et spécialisée chargée, au de l'Etat et des institutions politiques, de faire appliquer des règles pour orienter les conduites au sein d'une communauté donnée. Instrument de la domination politique, elle exerce son activité à travers l'usage de la contrainte légitime sous son double aspect matériel et juridique et donne corps à la revendication du monopole de la violence physique pour que la règle soit appliquée de manière continue sur un territoire géographique. La bureaucratie est la forme achevée de l'administration dont l'idéal type est composé, selon Max Weber, de cinq principes généraux : la structure hiérarchique et impersonnelle de l'autorité, le recrutement par concours et sur la base d'un diplôme pour

²⁹⁷ P. Bezes, « Administration », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, p.31.

²⁹⁸ M. Weber, *Economie et société*, Paris, Pocket, 1995.

mettre un terme au patronage et favoriser la compétence, des garanties de carrière contre l'arbitraire politique, la séparation des fonctionnaires et des moyens d'administration, la subordination de l'administration aux organes politiques élus.

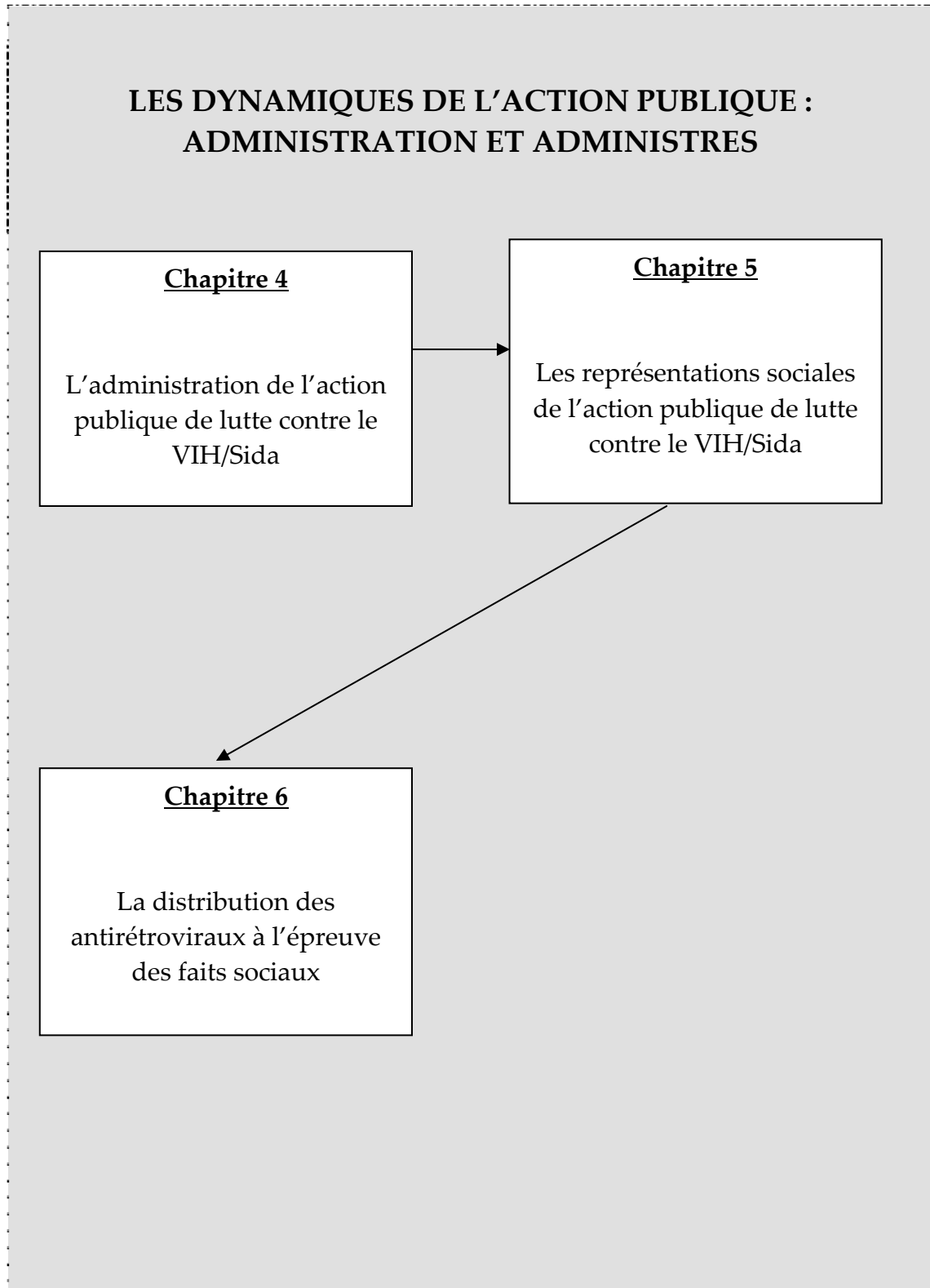
« Dans le champ de l'analyse des politiques publiques, la notion d'administration ne doit pas être considérée comme un concept mais d'abord comme une notion descriptive qui renvoie à des réalités incontournables de l'action publique. (...) Des activités politiques aussi distinctes que la taxation, la défense, l'enfermement, la santé des populations, le contrôle des marchés économiques et financiers, l'assistance aux pauvres, la protection de l'environnement, etc., n'existeraient pas sans les institutions administratives qui leur confèrent leur réalité matérielle et juridique. Sans administration, l'activité de gouvernement n'a qu'une réalité incertaine et fragile »²⁹⁹.

Ces interrogations rendent compte d'une routinisation de l'action publique et permettent ainsi de considérer les problèmes liés à l'épidémie et leurs solutions autrement que comme des questions essentiellement biomédicales ou techniques. Sous ce rapport, l'analyse des configurations de dynamiques et de logiques de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida met en perspective les dimensions historiques, culturelles, économiques, politiques, réglementaires des différents dispositifs nationaux de lutte contre le VIH/Sida. Elle permet de construire des interrogations sur les stratégies de lutte contre le VIH/Sida, en pensant aux interventions du point de vue non

²⁹⁹ P. Bezes, « Administration », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.30-31.

plus seulement de leur légitimité et de leur pertinence mais aussi de la manière dont elles sont reçues, perçues, détournées et réappropriées tant par l'élite politico-administrative locale et les milieux associatifs que par les séropositifs eux-mêmes. Selon l'histoire des Etats, les systèmes administratifs nationaux en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun, ont pris des formes institutionnelles spécifiques qui influencent fortement l'organisation et la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. D'un pays à l'autre, elle structure différemment les compétences, l'autonomie et les capacités rationnelles des acteurs administratifs (chapitre 4) avec une forte incidence sur les représentations sociales des administrés et sur les résultats obtenus (chapitre 5). Cette deuxième partie est complétée par l'analyse des réseaux de distribution des antirétroviraux (chapitre 6).

Positionnement panoramique de la deuxième partie



Chapitre 4 -

L'ADMINISTRATION DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Dans la plupart de pays africains, les contours de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida se sont dessinés suivant deux facteurs : l'un est lié aux recommandations méthodologiques et épistémologiques de la communauté internationale via l'Onusida et le Fonds global de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose et l'autre est tributaire du leadership et des capacités des acteurs administratifs locaux à s'approprier les enjeux de l'épidémie. Au Cameroun et au Burkina Faso, cette double modalité de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida s'inscrit en continuité avec le contexte même de l'émergence des premières stratégies nationales de lutte contre l'épidémie qui, à bien voir, correspondaient exactement à une posture politique de réponse aux décisions du Global Program on AIDS mis en place par l'OMS³⁰⁰. En ce sens, les programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida y ont progressivement été institués par l'OMS. Les experts de l'OMS ont en effet obtenu des pouvoirs publics locaux que les orientations stratégiques globales négociées et élaborées par elle, soient mises en œuvre sur le plan local par un mécanisme national. Cependant, ce mécanisme a été mis en place, financé et contrôlé par l'OMS.

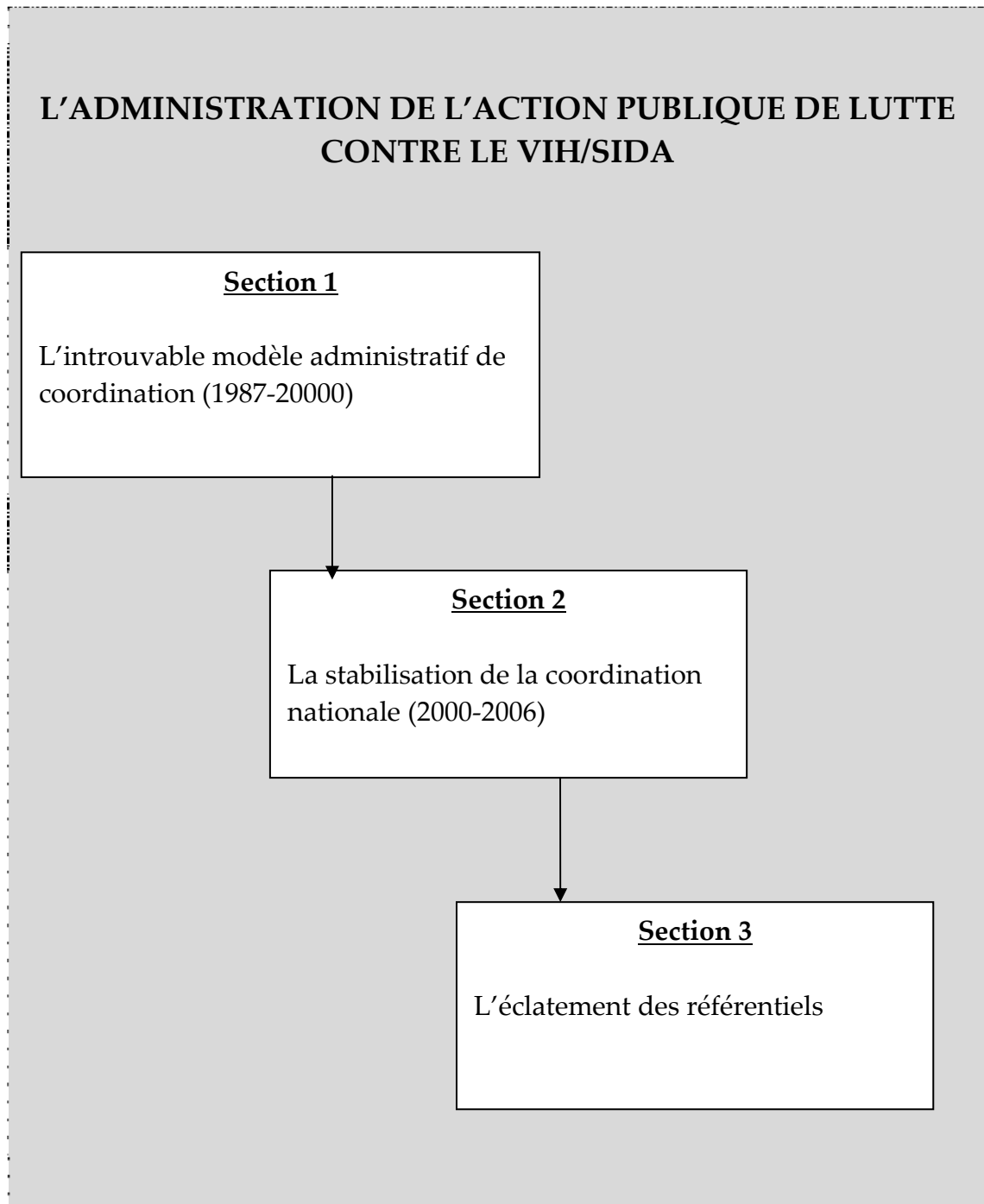
A partir de 1986, ces dispositifs ont été marqués par un dédoublement. Tout en se présentant comme un ensemble d'initiatives extérieures du fait de la forte implication de l'OMS, ils ont progressivement été perçus, reçus et appropriés comme un mécanisme local grâce à l'émergence d'une élite locale

³⁰⁰ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

capables de les porter. Jusqu'à ce jour, les dispositifs nationaux de lutte contre le VIH/Sida s'accommodent de ce caractère binaire qui leur accorde le double statut d'intermédiaire et de partenaire à la fois des unités ministérielles locales et des agences de coopération internationale. Cette double connexion au local et à l'international est confortée par la double dimension d'ouverture qui caractérise encore les mécanismes nationaux de lutte contre le VIH/Sida : d'une part, ils sont fortement arrimés aux deux « international » que sont les agences de coopération internationales et les organisations non gouvernementales internationales tout en étant d'autre part, ancrés aux deux « local », c'est-à-dire au flou des unités publiques nationales et à la société civile locale.

Mais, les dispositifs nationaux sont très largement marqués par les effets de l'introuvable modèle administratif de coordination nationale de la lutte contre le VIH/Sida (section 1) bien qu'on note une relative stabilisation de cette coordination à partir des années 2000 (section 2), soutenue par l'éclatement des référentiels de l'action publique de lutte contre l'épidémie (section 3).

Positionnement panoramique du quatrième chapitre



Section 1

L'introuvable modèle administratif de coordination (1987-2000)

Dès le début des premières tentatives d'élaboration et de mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, vers la fin des années 80, les dispositifs publics ou du moins la coordination de l'action publique ainsi mise en place s'est trouvée face à un premier défi : il fallait dépasser le caractère essentiellement « inachevé » de l'administration publique nationale en Afrique. Ce défi était de fait complexifié par l'environnement politique local marqué par des impasses politiques néocoloniales qui progressivement glissaient vers les transitions de la fin des années 90. Le Cameroun, le Burkina Faso et l'Afrique du Sud furent les théâtres de ces dynamiques.

La coordination nationale de la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun et au Burkina Faso devait de fait transcender ces difficultés qui voulaient que les mécanismes administratifs soient perpétuellement à la recherche de modèles et de modes d'action capables d'induire et de mettre en œuvre les décisions politiques. Les premières leçons issues des configurations des dynamiques administratives de lutte contre le VIH/Sida mettent exactement à nu un ensemble de tensions dans les mécanismes institutionnels de lutte contre le VIH/Sida ; ces tensions sont pour la plupart de cas, cristallisées entre autres, autour des compétences et de la coordination des programmes nationaux,

avec sur fond un certain amateurisme des acteurs en jeu³⁰¹. Dans ce cadre, Dominique Kerouedan et Fred Eboko soulignent le caractère asymétrique ou vertical des mécanismes nationaux de lutte contre le VIH/Sida³⁰². Au Cameroun, la verticalité est historiquement liée à la pratique d'un Etat fortement centralisateur dont les politiques d'administration publiques sont fondées sur une sorte de suspicion vis-à-vis des velléités sécessionnistes des provinces anglophones si bien que sa rigidité inonde l'ensemble de mécanismes de l'action publique et de la gestion administrative. Cette tendance a une profonde influence sur l'organisation du dispositif national de lutte contre le VIH/Sida. La verticalité se manifeste ici par la subordination des dispositifs provinciaux aux décisions prises par les autorités centrales du CNLS à Yaoundé.

En ce sens, la décentralisation y est conçue de sorte que les décisions stratégiques découlent nécessairement de la tutelle quand bien même celle-ci ignorerait les conditions locales de production et de mise en œuvre des politiques déconcentrées. Dans le discours de différents acteurs, on peut constater qu'à Yaoundé, siège de la structure administrative centrale du CNLS, on ne connaît que très peu ce qui se joue et se construit autour de l'épidémie au niveau provincial. Les acteurs provinciaux ont très peu d'occasions de réunions avec ceux de la tutelle. Au cours de l'année 2006, le CPLS de l'Adamaoua et le CPLS de l'Est n'ont été conviés à aucune réunion sur les discussions stratégiques. Ils n'ont donc pas participé à l'élaboration de

³⁰¹ M.-E. Gruénais et al., « Le sida en Afrique : un objet politique ? » *Bulletin de l'APAD, Anthropologie de la santé*, 1999, pp.19-36.

³⁰² D. Kerouedan et F. Eboko, *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, Travaux et documents n°61-62, CEAN, 1999.

la stratégie triennale de lutte contre le VIH/Sida pour l'année 2006-2009. Les rares entretiens entrepris entre les acteurs de ces deux structures décentralisées et ceux de la tutelle à Yaoundé ont été motivés par des raisons d'ordre budgétaire. Sous ce rapport, les administrations provinciales apparaissent simplement comme des relais ou des niveaux subalternes de déclinaison et d'exécution des décisions centrales. Elles n'ont visiblement aucune marge de manœuvre ni aucune compétence dans la prise de décisions. Elles se réfèrent plutôt au Secrétariat Permanent du Groupe Technique Central du CNLS.

Dans un autre registre, Fred Eboko note un type de tensions dues à la verticalité entre l'international et le national. Ce type de tensions remonte précisément aux premières mobilisations issues du Global Programme on AIDS de l'OMS. La coordination nationale de la lutte contre le VIH/Sida conserve encore l'héritage de la rigidité organique empruntée au Global Programme on AIDS, surtout dans un contexte où l'action publique de lutte contre le VIH/Sida est largement tributaire des financements collectés grâce à la solidarité internationale. Dans les modalités de transfert de la gouvernance du VIH/Sida de l'international au national, ces tensions sont précisément liées à la soumission des Programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida à l'OMS : « les principes de l'action ont découlé peu ou prou, à partir de 1987, de la création et de la mise sous tutelle des Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) par le Global programme on AIDS (GPA) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) »³⁰³. En 2007, le Cameroun a

³⁰³ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

consommé environ 175 millions de dollars versés par le Fond mondial de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose. Ce qui représente la moitié de la participation du gouvernement français au financement des programmes d'aide du Fond.

Par contre, en Afrique du Sud, les Programmes nationaux ne souffrent pas de ces luttes intestines de compétence entre le niveau central et les niveaux provinciaux ou entre l'international et le national. Ceci pour plusieurs raisons. D'abord, les programmes nationaux sont simplement placés sous la coordination du directeur de la santé au Ministère de la santé. Mais, cette coordination est souple ou quasiment nulle puisqu'elle ne lui donne pas de pouvoirs de décisions ni d'autorité sur les dispositifs provinciaux de lutte contre le VIH/Sida. Elle repose sur l'idée de la décentralisation fortement présente dans le système administratif sud-africain. En plus, sur le plan de l'extraversion internationale, l'Afrique du Sud ne porte pas l'héritage du Global Programme on AIDS. L'action publique de lutte contre le VIH/Sida y a été précédée par un long débat interne au cours des controverses politiques et associatives ayant abouti à la politisation du VIH/Sida.

En plus, la production et la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida a hérité de la décentralisation effective des services de santé publique si bien que les Programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida se sont simplement convertis et déclinés en différents programmes décentralisés dans les provinces administratives. En un sens, chaque province jouit d'une autonomie de décision et de gestion dans la gouvernance locale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Le Kwazulu Natal conçoit et met en

œuvre ses propres politiques de lutte contre le VIH/Sida tout comme le Gauteng ou le Cap. Ils sont structurés différemment même si dans chaque province sud-africaine, on note l'organisation du dispositif de lutte contre le VIH/Sida autour des « AIDS Training and Information Centre ».

A l'inverse, au Cameroun et au Burkina Faso, la décentralisation du système de santé publique intervient au même moment que l'action publique de lutte contre le VIH/Sida s'institutionnalise au sein de l'administration publique. D'où un certain chevauchement entre les nécessités de la décentralisation de la coordination nationale de la lutte contre le VIH/Sida et les soucis de la cohésion nationale autour des mécanismes de l'Etat centralisateur.

Sous ce rapport, tout le mécanisme national de lutte contre le VIH/Sida repose directement sur l'action du Comité Technique Central qui le contrôle de bout en bout y compris l'affectation budgétaire. De ce fait, l'instabilité de la coordination nationale du CNLS influence considérablement les résultats et l'action des dispositifs provinciaux subordonnés à son fonctionnement. Ces soubresauts sont analysés à partir des interférences politiques qui engendrent une relative instabilité dans la coordination nationale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida (1), l'ancrage international des dispositifs nationaux (2) et des chevauchements administratifs dans l'organisation de cette coordination (3).

1. Les interférences politiques, versus instabilité de la coordination nationale

De 1987 à 2000³⁰⁴, les Programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida se sont trouvés dans la plupart de pays en développement, au cœur d'une instabilité administrative très importante. Au Burkina Faso, par exemple, cette période est marquée par deux phases successives dans la coordination nationale de la lutte contre le VIH/Sida, avec des résultats plus ou moins tangibles. La première phase, pour le moins transitoire, a été consacrée à partir de 1987 à la « nationalisation » de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, grâce à l'installation du Comité technique national qui a pris le relais du Global Program on AIDS. Le Comité technique national, composé pour l'essentiel d'experts et de consultants nationaux, est de ce fait chargé de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre du Programme national de lutte contre le VIH/Sida.

Au cours de cette première phase, les nouvelles autorités nationales produisent l'action publique en mettant en œuvre trois plans successifs d'intervention. Ils sont construits en suivant les recommandations de l'OMS autour de la prévention, de l'épidémiologie et de la surveillance, avec une enveloppe d'environ 10 millions de dollars³⁰⁵. Il faut noter qu'on ne parle pas encore de la prise en charge thérapeutique de personnes vivant avec le

³⁰⁴ Cette période marque le passage de la coordination nationale de l'action antisida par le Global Programme on AIDS de l'OMS, une sorte de structure internationale, à la gestion de cette action par les mécanismes nationaux.

³⁰⁵ PNUD, *Rapport sur le développement humain. Burkina Faso 2001. La lutte contre le VIH/Sida*, Ouagadougou, PNUD, 2001.

VIH/Sida dans les plans élaborés au cours de cette première phase. Ceci s'explique comme nous le verrons plus loin par les coûts prohibitifs des premières trithérapies antirétrovirales et la nécessité de prévenir plutôt que de donner l'espoir des traitements qui serait contre-productif par rapport aux politiques de prévention.

La deuxième phase en continuité de la précédente, est consacrée à la consolidation de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida au niveau national et provincial. Elle est marquée à partir de 1996 par le lancement du Projet Population et lutte contre le VIH/Sida (PPLS). Cette deuxième phase a bénéficié d'un engagement technique et financier plus important que la précédente, avec un budget multiplié par deux, soit environ 23 millions de dollars. Les conséquences sont plutôt positives sur la gestion et la maîtrise de l'épidémie puisqu'à l'issue de ces deux phases accompagnées par plusieurs initiatives ayant fortement mobilisé les acteurs politiques, les milieux religieux, les organisations collectives et les représentants des communautés de base au Burkina Faso, le taux de séroprévalence est passé de 7,17% en 1996 à 2% en 2005³⁰⁶.

Au Cameroun, cette période est marquée par la réorganisation de la structure administrative de coordination de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida. Dès 1987, les autorités publiques créent et installent le CNLS comme mécanisme public de coordination nationale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Mais, à l'instar d'autres structures administratives

³⁰⁶ Onusida, *Burkina Faso: Country Progress Report 2006*, Ouagadougou, déc. 2006.

du pays, la coordination de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida s'est rapidement retrouvée au cœur de nombreuses modifications significatives, avec sur fond des tensions liées à la gestion de l'importante rente financière internationale destinée à la lutte contre le VIH/Sida. En 1997, la coordination du CNLS revisite ses orientations stratégiques avec un triple changement aussi bien dans son animation que dans la gestion administrative de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida.

Tout d'abord, dans son système de gestion, la coordination du CNLS camerounais s'organise très vite autour d'un Secrétariat permanent. Celui-ci est animé par un praticien ou un chercheur en médecine, coresponsable de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida avec une équipe d'experts nationaux qu'il réunit au sein du Groupe technique central. Le Secrétaire permanent est de ce fait une sorte de responsable exécutif. Il personnifie et symbolise la lutte contre le VIH/Sida dans un pays où les institutions sont quasiment associées au statut des individus qui les dirigent. Si Gervais Mendo Ze symbolisait la télévision publique camerounaise, Obou Fegue l'énergie hydraulique et Ema Basile, la communauté urbaine de Yaoundé, Lazard Kaptué puis Koula Shiro ont à leur tour symbolisé la lutte contre le VIH/Sida.

Ensuite, l'action publique camerounaise de lutte contre le VIH/Sida change substantiellement dans son approche. La coordination du CNLS s'oriente clairement vers une conception multisectorielle des réponses nationales à l'épidémie de VIH/Sida. A partir de 1990, les autorités publiques camerounaises sont alertées par d'autres défis sociaux greffés sur l'épidémie

de VIH/Sida et estiment de ce fait qu'il ne s'agit plus de la seule épidémie mais aussi et surtout de considérer le VIH/Sida comme problème et non comme seule réalité épidémiologique. Cette conception ouvre la voie à une stratégie qui considère la situation globale de la maladie en tenant compte des aspects de communication et des effets sociétaux du VIH/Sida souvent cristallisés autour des notions de stigmatisation et de discrimination. Il faut donc prévenir et combattre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/Sida.

En un sens, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida prend désormais l'allure d'une sorte d'entreprise de communication et d'un espace de luttes sociales organisées autour des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida. Elle tente tant bien que mal d'intégrer au sein de ses mécanismes de décisions et d'élaboration de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida un certain nombre de référentiels, en s'intéressant à la fois aux représentants des communautés concernées par le VIH/Sida, aux professionnels de la santé et des affaires sociales, aux spécialistes de la communication de masse et aux représentants des organisations internationales dont les services participent à quelque niveau que ce soit aux politiques de lutte contre le VIH/Sida.

Enfin, le dernier changement intervient dans le rattachement institutionnel de la coordination de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida. Le CNLS n'est plus rattaché au secrétariat de la présidence de la République. Il est désormais rattaché au Ministère de la Santé. Le secrétaire permanent dépend de ce fait du Ministre de la santé, devant lequel il devient directement responsable de la mise en œuvre de l'action publique nationale de lutte contre

le VIH/Sida. Cette nouvelle perspective résout la question des doublons observés lorsque le CNLS dépendait du secrétariat de la présidence de la République et que le ministère de la santé avait en son sein un service « VIH/Sida et MST ».

Ce système de coordination autour du Ministre de la santé rejoint un tout petit peu le fonctionnement du dispositif sud-africain de lutte contre le VIH/Sida. En ceci que, en Afrique du Sud, le Directeur de la santé qui participe au conseil permanent du Ministre de la santé, coordonne au niveau national, l'action des directeurs provinciaux dans la lutte contre le VIH/Sida. Tout comme le Ministre de la santé au Cameroun supervise désormais l'action du Groupe technique central, le Ministre de la santé en Afrique du Sud organise par le biais de son directeur général de la santé, l'action publique de la lutte contre le VIH/Sida. En fait, le directeur général de la santé dépend directement, du point de vue organique, du Ministre lui-même. Et, comme pour symboliser le rôle conjointement joué par ces deux personnages dans l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida, ils ont aménagé dans deux bureaux voisins depuis 2003, année au cours de laquelle l'Afrique du Sud a officiellement engagé l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

De cette manière, au Cameroun tout comme au Burkina Faso et en Afrique du Sud, les autorités publiques espèrent qu'un changement éventuel, comme c'est souvent le cas dans des pays fortement clientélistes, à la direction du dispositif national de lutte contre le VIH/Sida n'aurait pas pour conséquence d'en réduire ou d'en anéantir les activités jusqu'à la nomination d'un autre comité de coordination. Ce d'autant plus que le directeur de cabinet du

ministre de la santé est fortement impliqué dans la coordination du dispositif national de lutte contre le VIH/Sida et comme tel, il est une sorte de courroie de transmission entre le Secrétaire permanent du CNLS ou le directeur général de la santé et le ministre de la santé. Car, un des effets attendus de cette nouvelle politique de coordination par le Ministre ou par le Président de la république, selon le cas, est justement de s'assurer une certaine continuité politique et administrative de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida et son encrage dans l'ensemble de l'action publique nationale de la santé. D'ailleurs, pour le cas du Cameroun, Fred Eboko note que cette coordination « implosait littéralement à chaque changement » de président à la tête du CNLS. En Afrique du Sud, on parle précisément du directeur de la santé et non du directeur de la lutte contre le VIH/Sida.

Cependant, dans les deux cas du Burkina Faso et du Cameroun, la centralité de la coordination de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida a eu une forte répercussion dans la conduite et les résultats de son action. Cette centralité renforce profondément la domination et l'hégémonie d'un corporatisme très présent dans le contrôle de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, à savoir l'élite biomédicale tout en exposant la coordination du CNLS aux multiples instrumentalismes politiques qui interfèrent souvent dans la nomination de son personnel.

2. L'ancrage international des dispositifs nationaux

Au cours de cette période de consolidation, l'instabilité de la coordination des dispositifs nationaux de lutte contre le VIH/Sida est renforcée par le double changement de registre au niveau international. En 1996 en effet, le Conseil économique et social (ECOSOC) de l'Organisation des Nations unies recommande la création d'une mission internationale spécialisée dont l'objectif est précisément de coordonner les initiatives de différentes agences spécialisées de l'ONU engagées dans l'action internationale de lutte contre le VIH/Sida³⁰⁷. C'est ainsi que la conférence des Chefs d'Etat et de gouvernements de l'ONU réunit à Paris en juin 1996, crée l'Onusida³⁰⁸. Elle est de ce fait composée de représentants des principales agences de l'ONU dont la Banque Mondiale. Elle remobilise tous les réseaux onusiens, se fondant sur les acquis des agences spécialisées des Nations unies qui la portent et impulse ainsi dès sa création, un changement de paradigme dans l'animation internationale et nationale de la lutte contre le VIH/Sida.

En ce sens, l'échec constaté de la forte expertise biomédicale du Global Program on AIDS sert d'expérience à la communauté internationale qui prend précisément conscience du fait que l'action internationale et nationale à l'épidémie exige un décloisonnement sectoriel fondé d'une part, sur l'idée

³⁰⁷ Voir en annexe, la présentation des agences de l'ONU co-parrainants de l'Onusida.

³⁰⁸ La création du Programme des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) était un moyen de mettre en commun les connaissances collectives, les ressources et le champ d'action de sept agences spécialisées des Nations Unies déjà engagées dans diverses activités de lutte contre le VIH/Sida. Il s'agit de l'UNICEF, du PNUD, du FNUAP, du PNUCID, de l'UNESCO, de l'OMS et de la Banque Mondiale. On pourra se reporter à l'annexe consacré aux co-parrains de l'ONUSIDA.

d'une diversité dans sa coordination et de l'autre, d'une multisectorialité de ses politiques en considérant ses inflexions sur les aspects sociaux et les approches médicales.

Au Burkina Faso, le changement à l'international s'est manifesté au niveau de la coordination nationale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida par le rattachement des Programmes nationaux et du CNLS à la Présidence de la république. En effet, en 2000, le Chef de l'Etat se met finalement lui-même en avant-garde de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en prenant souverainement la direction du CNLS désormais définitivement rattaché à la Présidence de la république.

Au Cameroun, les sommets de l'Etat se mobilisent également pour la lutte contre le VIH/Sida. A la faveur du remaniement gouvernemental du 7 décembre 1997, le Chef de l'Etat nomme le Professeur Monékosso, à la tête du Ministère de la santé. Or, ce dernier n'est autre que l'ancien Directeur régional de l'OMS Afrique qui vient de finir son mandat au bureau régional de l'OMS Afrique à Brazzaville où il a exactement été au premier plan dans la production et la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique. Le but du gouvernement camerounais est de profiter de l'expertise de ce diplomate de haut niveau pour impulser une nouvelle dynamique à l'organisation structurelle de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida au niveau national tout en s'assurant d'une certaine visibilité auprès de la communauté internationale grâce aux capacités et aux connexions du Professeur Monékosso.

En effet, de part sa posture entant qu'ancien Directeur régional du bureau de l'OMS Afrique, le Professeur Monékosso symbolise pour le Cameroun et pour le reste du continent, une réelle passerelle entre « l'international » très présent dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique et le « local » en quête des figures scientifiques compétentes capables de se situer à mi-chemin entre une expertise scientifique et une reconnaissance populaire pour induire des dynamiques sociales et politiques pouvant soutenir les messages de prévention et entraîner un changement de comportements vis-à-vis de l'épidémie et de ses effets sociaux.

Ces deux formes de réappropriation gouvernementale des discours et des politiques de lutte contre le VIH/Sida sont finalement portées par le profil du professeur Monékosso. Elles marquent par ailleurs non seulement la présence réelle de l'élite intellectuelle et technocrate locale dans la lutte contre le VIH/Sida mais aussi le souci des pouvoirs publics locaux de remodeler l'action publique de l'épidémie en l'harmonisant avec d'une part, les problématiques sociales de l'épidémie et de l'autre, les nouvelles orientations politiques globales et nationales qui structurellement devaient s'articuler autour des objectifs de la coordination et la décentralisation des services publics.

Comme au Burkina Faso, la volonté du Chef de l'Etat camerounais et de son nouveau ministre de la santé se traduit très vite par l'ambition de réorganiser la coordination locale de la direction du CNLS autour d'un dispositif stable et solide, exorcisé des démons de la personnalisation.

« Ils rejoignent ainsi le regard critique, scientifique ou profane, de plus en plus porté sur diverses infortunes des Programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida, en particulier celui du Cameroun marqué par une profonde instabilité suite aux changements successifs de présidents et de politiques »³⁰⁹.

En effet, de 1987 à 1997, la direction du CNLS au Cameroun a changé huit fois. Et, à chaque changement correspondait exactement un nouveau départ surtout dans un contexte national marqué par de fortes tensions politiques souvent liées à d'implications et de nominations clientélistes au sein de l'administration publique en générale. Le dispositif national de lutte contre le VIH/Sida est de ce fait devenu un théâtre de jeu d'influence partisan dans lequel les nominations découlent quelquefois d'une rentabilité politique au sein du RDPC. Aussi, la coordination du CNLS par le Ministre lui-même ne semble pas définitivement résoudre, dans le cas précis du Cameroun, les risques d'implosion qu'il y aurait au sein du mécanisme de coordination et de gestion de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. En plus, les changements de personnalité politique ou technocratique à la tête du ministère de la santé sont aussi impressionnants que les changements de présidents à la tête du CNLS. De 2000 à 2008, le Cameroun a en effet connu quatre personnalités différentes à la tête du ministère de la santé. Et, les changements de celles-là n'ont jamais été étrangers à la succession de ceux-ci.

En un sens, les changements à la tête du ministère de la santé ont automatiquement entraîné des changements à la tête du CNLS. Ce n'est peut-

³⁰⁹ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

être pas par hasard que l'ancien ministre de la santé, Urbain Olangena partage aujourd'hui encore les couloirs de la prison centrale de Yaoundé avec l'ancien secrétaire permanent du CNLS, Maurice Feuzeu et son adjoint. Il n'est donc pas excessif de penser que les avantages de la coordination du CNLS par le Ministre qui, par ailleurs, comme le note Fred Eboko peut-être en soi une marque de personnalisation, dureraient le temps de l'action du professeur Monékosso à la tête du Ministère de la santé. Au-delà de la volonté politique de cette figure scientifique et même au-delà de la pertinence des perspectives qu'il pouvait impulser dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, le phénomène de personnalisation de l'action publique en générale est une constante de la vie publique en Afrique. Par ailleurs, les remaniements ministériels et les nominations de telle personnalité plutôt que telle autre à la tête du ministère de la santé ne dépendent pas forcément de besoins conjoncturels mais plutôt d'une rentabilité politique souvent lié au souci d'équilibres géopolitiques et ethno-régionaux.

En Afrique du Sud, Manto Tshabalala-Nsimang est aujourd'hui encore, bien qu'elle ait été renvoyée du gouvernement en novembre 2008, le symbole qui personnalise les infortunes de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Elle est à côté de son mentor, le Président Thabo Mbeki, à la fois le symbole des controverses sur le VIH/Sida entre 1999 et 2003 et l'égérie de l'action publique de lutte contre la transmission du virus de la mère à l'enfant entre 2004 et 2008. En 2003, les taux de séroprévalence frôlaient les 18% en Afrique du Sud parmi les personnes actives alors qu'ils se sont stabilisés autour des 14% suite à l'action publique conduite depuis cette année-là. Denis Matwa le note ainsi :

« A partir de maintenant, le gouvernement sud-africain accepte d’approvisionner tous les hôpitaux en antirétroviraux. La très grande majorité des personnes vivant avec le VIH/Sida dépendent désormais des structures publiques pour se procurer les traitements. A l’heure où je vous parle, 153 000 personnes dans la région du Cap ont un besoin vital de ces médicaments. Notre pays compte environ 6 millions de séropositifs, soit 14% de sa population »³¹⁰.

Au Cameroun, Urbain Olanuena³¹¹ a acquis une renommée dans l’espace public de lutte contre le VIH/Sida grâce à sa longévité à la tête du ministère de la santé (2001-2007) et l’énergie qu’il a déployée au niveau international. A tel point qu’il faisait déjà ombrage à ses collègues au sein du parti politique dominant, le Rassemblement démocratique du peuple camerounais (RDPC) et du gouvernement de Paul Biya. En 2005, il a d’ailleurs été propulsé à la tête du Conseil d’administration du Fonds Global de lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose, avant d’être renvoyé du gouvernement camerounais deux ans plus tard.

³¹⁰ Denis Matwa, chargé de campagne au sein de la délégation provinciale de la TAC dans le Western Cape. Entretien du 14 mai 2007 à Cape Town.

³¹¹ Urbain Olanuena a été renvoyé du gouvernement à l’occasion du remaniement du 7 septembre 2007. Il serait aujourd’hui en disgrâce dans une cellule de prison à Yaoundé. On lui reprocherait de malversations financières autour des fonds destinés à la lutte contre le VIH/Sida et son implication personnelle dans les négociations qui ont abouti à l’affaire de contamination des prostituées de Douala, à la suite des essais de Viread.

3. Les chevauchements administratifs dans l'organisation de la coordination nationale

L'idée de doublons est évoquée pour expliquer les chevauchements entre les mécanismes de lutte contre le VIH/Sida et d'autres services plus généraux de santé publique. Elle s'illustre de manière très remarquable dans les organismes des ministères de la santé publique lorsqu'on s'intéresse aux positions réelles des individus et des services dans lesquels ceux-ci sont affectés. On y observe très vite des structures qui manifestement apparaissent comme des doublons vis-à-vis du CNLS, dans la mesure où, tout comme le CNLS, ces services sont compétents sur les objets médicaux très proches de l'épidémie de VIH/Sida.

L'implication du Ministre de la santé au sein du CNLS, évoquée dans nos précédentes analyses, ne contredit nullement le sentiment de concurrence entre les personnels du ministère de la santé et ceux du CNLS. D'ailleurs, le CNLS est lui-même perçu comme un « presque » ministère du VIH/Sida. Cette concurrence sur les objets de l'épidémie justifie en partie la présence d'autres formes de doublons entre le ministère et le CNLS. Par exemple, Fred Eboko fait constater qu'au sein du ministère de la santé au Cameroun, se trouvent à côté de nombreux services, le service « VIH/Sida/IST » qui regroupe en son sein, deux sous services dont l'un est destiné au « VIH/Sida » et l'autre, aux « IST », tout en sachant que le VIH/Sida est également et avant tout une infection sexuellement transmissible.

Nous avons-nous-même constaté un autre chevauchement entre la « direction

de la lutte contre la maladie » et la « direction de la promotion de la santé ». Ces deux directions se font parfois concurrence sur la question de VIH/Sida lorsqu'elles n'affrontent pas ensemble les orientations du CNLS. En plus, au sein de la direction de la lutte contre la maladie se trouvent entre autres, la « sous-direction de la lutte contre le VIH/Sida et les IST » et la « sous-direction des autres maladies endémiques » alors que la direction de la promotion de la santé contrôle entre autres, la « sous-direction de la prévention et de l'action communautaire ». On retrouve quasiment tous les services du CNLS au sein de la sous-direction de la lutte contre le VIH/Sida et les IST du ministère de la santé : le service de la prise en charge des cas, le service de la sécurité transfusionnelle, le service de la prévention de la transmission Mère-Enfant et le service des IST.

Au Burkina Faso, on constate également cette sorte de doublon au sein du Ministère de la santé avec le service « VIH/Sida » logé au sein du département des maladies sexuellement transmissibles.

Au Cameroun, le service « VIH/Sida/IST » est sous la responsabilité d'un médecin dont l'action et les compétences en matière de prévention des IST et de VIH/Sida construisirent justement la renommée auprès de ses collègues, des jeunes et des magazines destinés à la jeunesse pour lesquels elle anime plusieurs émissions radio et télévisées. Au Burkina Faso, il était par contre sous la responsabilité d'un médecin, spécialiste en Gynécologie dont l'activité au sein des organisations de la société civile engagées dans la lutte contre le VIH/Sida faisait d'elle une personnalité reconnue et respectée des acteurs locaux et des agences de coopération internationales engagées dans la lutte

contre l'épidémie au Burkina Faso. Dans un cas comme dans l'autre, leur nomination à la tête du service « VIH/Sida/IST » ressemble à cette sorte de doublon par rapport aux CNLS.

En Afrique du Sud, le système de déconcentration est par contre conçu de sorte qu'il n'y ait pas de doublon. En fait, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida est directement confiée depuis 2003 au directeur général de la santé dont le bureau se trouve au Ministère de la santé publique, à Pretoria. Thami Mseleku³¹² définit lui-même ses fonctions comme celles d'un « référent en matière de santé publique » qui a pour mission de coordonner au niveau national, l'action publique définie par le gouvernement et mise en œuvre par le ministère de la santé. Il ne s'agit pas dans ce cadre de la seule lutte contre le VIH/Sida mais de l'ensemble de l'action sanitaire. Ces derniers temps, on l'a d'ailleurs entendu s'exprimer sur la crise de la grippe mexicaine.

L'idée dans l'organisation de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud est d'insister sur le maillage des politiques publiques en matière de santé. Dans cette dynamique, la lutte contre le VIH/Sida est une composante de l'action publique sanitaire qui intègre l'ensemble des politiques publiques de santé afin d'éviter le cloisonnement constaté ailleurs. Pour cela, Thami Mseleku, directeur général de la santé, coordonne l'action des délégations provinciales qui sont donc sous sa responsabilité hiérarchique. Il est également une sorte de « courroie » ou de « liaison » entre différentes structures provinciales de la santé. Chaque province décline son

³¹² Entretien du 17 avril 2007 à Pretoria.

action de santé en autant de services capables de produire et de mettre en œuvre une action publique conséquente sur l'ensemble de problématiques qui couvrent les besoins de santé. La lutte contre le VIH/Sida est un des éléments de l'organigramme provincial de la santé.

Cette dynamique de décentralisation de l'action publique de la santé est également affichée, au moins sur le papier, par les ministères de la santé publique du Cameroun et du Burkina Faso comme objectifs de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Mais, elle y rencontre encore de difficultés structurelles dues entre autres, aux nombreux déséquilibres sociaux, régionaux et départementaux qui caractérisent encore la gestion de l'espace public et les services de l'administration publique en général dans ces deux pays.

Comme éléments matériels majeurs pour illustrer précisément les difficultés structurelles de la décentralisation et de la déconcentration au Cameroun et au Burkina Faso, on peut citer le fait que dans ces deux pays, les districts de santé soulignent sans cesse l'insuffisance de moyens matériels à leur disposition. Par contre, au niveau central, celui des personnels du Groupe technique central du CNLS à Yaoundé au Cameroun ou à Ouagadougou au Burkina Faso, ces préoccupations ne reviennent dans aucun discours. Il y a un déséquilibre qui renforce les inégalités structurelles entre les niveaux centraux et les niveaux provinciaux dans les systèmes de centralité.

Les CNLS camerounais et burkinabé semblent s'incruster dans les dérives de

la centralité et de l'urbanité qui caractérisent les administrations publiques avec un déséquilibre entre les niveaux centraux hyper-équipés et les niveaux décentralisés sous-équipés. Comme conséquence immédiate de cet état de fait, les structures provinciales sont désertées ou abandonnées par les personnels administratifs. Tout se fait de sorte qu'on soit amené à croire que l'élite se trouve au niveau central, « en ville » et les « moins bons », les simples exécutants, au niveau de la campagne, si bien que les populations ont tendance à considérer que les CNLS accordent très peu d'attention aux activités des districts de santé auxquels ils confient d'ailleurs très peu de moyens d'action et de missions.

En un sens, les missions essentielles sont organisées par et sous le contrôle d'experts venus, sinon recrutés au niveau central. Il y a comme une transposition à l'échelle nationale des inégalités constatées dans les premières mobilisations internationales du GPA lorsque les mécanismes de contrôle et de gestion de l'épidémie étaient confiés aux experts internationaux. Ici, la domination de l'international sur le national est désormais remplacée par la domination du national sur le local ou le départemental. On a l'impression que tout, y compris la gestion financière et la distribution des médicaments, se fait depuis la métropole.

Toutefois, ces difficultés ne sont pas non plus exclusives aux systèmes déconcentrés mais qui dans les faits sont fortement centralisés comme on a pu le constater au Cameroun et au Burkina Faso. En Afrique du Sud, une image revient toujours pour en quelque sorte caricaturer les difficultés de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Alors que tous les services provinciaux

de la santé bénéficient des moyens humains et matériels très importants, les services expressément destinés à la lutte contre le VIH/Sida sombrent dans une sorte de désespoir structurel. Par exemple, le responsable du service « VIH/Sida » de l'Hôpital Chris Ani Baragwanath de Soweto est comme un « clandestin » dans ce centre hospitalier. Son service se trouve en effet confiné sous les escaliers du bâtiment de pédiatrie. Il n'a pas de véhicule de service, pas de ligne de téléphone dans son bureau, ni aucun autre moyen efficace de communication. Heureusement qu'il a le chauffage et des cartons de préservatifs à distribuer.

Section 2

La stabilisation de la coordination nationale (2000-2006)

Les premières années de la lutte contre le VIH/Sida furent inéluctablement marquées par un éclatement des référentiels et de logiques d'action manifesté par la pluralité d'opinions sur les priorités de l'action publique et l'implosion de cas de nouvelles contaminations. Au Cameroun et au Burkina Faso, cette période est également marquée par l'élaboration et la mise en œuvre des premières actions de lutte contre le VIH/Sida conduites par une structure administrative soutenue à la fois par les acteurs politiques locaux et la communauté internationale. Mais, en Afrique du Sud, les actions antisida continuent pendant cette période être conduites par les milieux associatifs malgré la pression de plus en plus importante sur les acteurs politiques

locaux qui de leur part refusent de reconnaître le VIH/Sida comme un problème de santé publique.

On a donc à partir de 2000, plusieurs cas de figures dont les plus intéressants révèlent une implication grandissante au Cameroun et au Burkina Faso des pouvoirs publics dans la gestion et la coordination des réponses officielles au VIH/Sida et une dissidence sud-africaine qui s'essouffle face à la demande locale soutenue au niveau interne par les associations de personnes vivant avec le VIH/Sida, les milieux universitaires et les acteurs politiques de l'opposition et au niveau international par les associations occidentales souvent constituées de personnes homosexuelles et l'Onusida et les agences spécialisées qu'il fédère. Cette section s'intéresse à l'analyse de l'implication des « sommets » de l'Etat dans la stabilisation de la coordination de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida (1), à la pluralité d'opinions et de profils réunit au sein de cette coordination (2) et à l'implosion paradoxale de l'épidémie à l'heure de la stabilisation de l'action publique (3).

1. L'implication des « sommets » de l'Etat

A partir de 1997, on a commencé à noter une profonde implication des sommets de l'Etat dans la gestion de la coordination nationale de la lutte contre le VIH/Sida. Cette situation s'est matérialisée au Cameroun par la place du Ministre de la santé dans l'organigramme du CNLS alors qu'au

Burkina Faso, c'est le Chef de l'Etat lui-même qui en prenait la commande. Il n'est pas trop tôt aujourd'hui d'analyser l'impact de cette implication sur la stabilisation et la visibilité des Programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida tant au Cameroun qu'au Burkina Faso.

Au Cameroun, le Professeur Maurice Feuzeu³¹³, Secrétaire permanent du Groupe technique central du CNLS, dans l'intervalle de nos observations, faisait remarquer à cet effet qu'aucun des trois ministres successivement nommés au ministère de la santé publique, depuis le départ du Professeur Monékosso, n'a changé l'organisation du CNLS. Ils ont tous maintenu le système de coordination de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida recomposé à partir de 1997 par le ministre Monékosso. Jusqu'à ce jour, cet organe exécutif, dirigé par le Secrétaire permanent conduit et coordonne l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida en s'appuyant sensiblement sur le travail de la même équipe composée de huit (8) experts nationaux. C'est également cette équipe qui a organisé à partir de 1998, une large campagne de sensibilisation en « milieu habituel de vie et de travail des individus ». Cette campagne a consisté en de nombreuses sessions de formation des « relais sociaux », communément appelés « pairs éducateurs » en milieu de travail, dans des établissements scolaires et universitaires, dans des regroupements communautaires et religieux, etc. Elle a couvert l'ensemble du territoire camerounais. L'objectif était de former des leaders dans tous les groupes dont l'action devait servir de relais dans la lutte contre le VIH/Sida en obtenant de leurs pairs sociaux des changements de comportements et d'attitude dans leurs rapports au corps, au sexe, à la santé

³¹³ Entretien de Novembre 2006 avec le Professeur Maurice Feuzeu au CNLS à Yaoundé.

et à la maladie.

La coordination de cet organe exécutif, responsable de la mise en œuvre de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida, par les sommets de l'Etat, a pour conséquence directe de dispenser les élites politiques d'une volonté de contrôle³¹⁴ et de fragmentation des champs symboliques et matériels du VIH/Sida. Il y a au contraire une certaine stabilité qui garantit la continuité et l'efficacité de l'action publique grâce aux différents savoirs progressivement accumulés par l'équipe permanente du CNLS.

De fait, sur le plan politique, l'unique instrumentalisme est que les autorités publiques contrôlent précisément le champ de la lutte contre le VIH/Sida devenu prioritaire dans l'action gouvernementale. L'action publique de lutte contre le VIH/Sida assure une certaine visibilité de l'action gouvernementale. En un sens, au Cameroun, au Burkina Faso et en Afrique du Sud, le VIH/Sida est progressivement devenu le miroir de l'action de l'Etat eu égard aux enjeux de pouvoir qu'il recèle et aux relais qu'il mobilise sur les scènes nationales et internationales. Ce qui conduit les sommets de l'Etat à s'assurer une visibilité en s'engageant bon gré, mal gré comme principaux interlocuteurs des institutions internationales et des agences de coopérations multilatérales sur les objets de VIH/Sida. A la conférence internationale sur le VIH/Sida à Toronto en août 2006 tout comme à la conférence francophone sur le VIH/Sida à Paris en avril 2007, on a été impressionné par le nombre de

³¹⁴ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

fonctionnaires du ministère camerounais des relations extérieures ayant effectué le déplacement de Yaoundé pour assister aux travaux alors que le ministre de la santé y était également présent avec une forte délégation.

Par la présence du Ministre de la santé ou du Chef de l'Etat à la tête de la coordination de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida, le gouvernement marque son implication directe et donne des garanties suffisantes tant à l'opinion publique nationale qu'aux agences spécialisées des Nations Unies, très critiques vis-à-vis des Etats africains. Au Cameroun, par exemple, les représentants de l'Onusida ont à plusieurs reprises insistés sur la participation réelle du Ministre de la santé ou même de la Première Dame à défaut d'obtenir celle du Chef de l'Etat, aux manifestations officiellement organisées en faveur de la lutte contre le VIH/Sida. Le gouvernement est lui-même en quelque sorte le patron, parfois malgré lui, de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Son seul désir et sa seule ambition sont de ce point de vue de faire en sorte que ce dispositif fonctionne avec efficacité afin d'obtenir des résultats qui servent très rapidement sa visibilité sur le champ politique national et international. Cette perspective l'éloigne comme le note Fred Eboko d'une quelconque volonté clientéliste et néo-patrimoniale qui a très souvent été constatée dans les nominations à la tête du CNLS.

En effet, jusqu'à cette période, chaque nouvelle nomination à la tête du ministère de la santé était indiscutablement accompagnée de changements à

la coordination du CNLS³¹⁵.

Depuis que le Ministre de la santé est lui-même Président du CNLS et donc directement coresponsable de l'action publique et de la coordination de la lutte contre le VIH/Sida, une certaine rationalité s'est imposée à chaque nouveau ministre. Celle-ci voudrait qu'au nom de l'efficacité et de la stabilité du dispositif national, que le nouveau ministre poursuive son action avec l'équipe du CNLS qu'il trouve en place. Cette hypothèse justifie la prise de position du Professeur Maurice Feuzeu. Elle est renforcée par le fait que l'action publique de lutte contre le VIH/Sida constitue désormais « l'épine dorsale » du ministère de la santé, voir de l'action gouvernementale, un peu comme la lutte contre le paludisme au début des années 70 ou la mise en place des commissions nationales de la promotion et de la protection des droits de l'homme au début des années 90.

Partant, l'action du ministre de la santé est lisible au niveau national et même international en fonction de ses capacités à être présent et à contrôler l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Fred Eboko le notait déjà en soulignant :

« Le 'défi' de la constance au sein de la direction administrative du CNLS a donc été relevé grâce à la création du Groupe Technique Central qui est relativement vidé du contenu, des pressions, des nuisances ou des avantages politiques éventuels qui reviennent de facto au ministre. Celui-ci sait en outre

³¹⁵ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005

pouvoir compter sur l'expérience et la connaissance du 'milieu' acquises par le GTC qu'il chapeaute »³¹⁶.

Cependant, la course à l'instrumentalisme de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida inonde parfois les champs d'action politique. On a par exemple noté en 2003 une grosse polémique sur la production et l'intérêt des statistiques sur la séroprévalence au Cameroun. En fait, en 2000, le taux de séroprévalence y était estimé à 12% auprès de la population active. Ce qui a permis au Cameroun de faire prévaloir la nécessité des financements extérieurs pour élaborer et mettre en œuvre son action publique de lutte contre le VIH/Sida. Or, l'efficacité et les finalités des programmes de financements sont évaluées à l'aune des résultats obtenus à moyen terme. Et, ceux-ci sont lisibles à partir des capacités des programmes conduits à infléchir les courbes épidémiologiques. Ainsi, trois années plus tard, lorsque le CNLS produit son rapport qui estime à 8% le taux de séroprévalence auprès de la population active au Cameroun, certains critiques se lèvent et analysent en cela une stratégie politique destinée à justifier l'usage des fonds engagés par la communauté internationale dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida dans ce pays. On sait qu'entretemps, le Cameroun a consommé environ 175 millions de dollars qui représentaient un peu plus de la moitié de la participation du gouvernement français aux programmes de financement du Fond global de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose.

³¹⁶ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

Au Burkina Faso, en revanche, la question de la stabilisation de la coordination de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida se pose moins en termes de renouvellement ou de la continuité que de composition du dispositif lui-même. En effet, l'arrivée du Président de la république à la tête de la coordination de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida a été accompagnée par le renforcement du CNLS dans deux secteurs.

D'une part, ces changements ont permis l'émergence de dynamiques d'action qui contribuent au renforcement du caractère multisectoriel de l'action nationale de lutte contre le VIH/Sida, avec en corollaire l'approche de la déconcentration des décisions et des politiques relatives à l'épidémie. Le Comité national de lutte contre le VIH/Sida est de ce fait devenu le Conseil national de lutte contre le VIH/Sida.

En un sens, pour l'opinion nationale burkinabé, la notion de Conseil est un peu plus légitime que celle de Comité : elle est plus ouverte à la pluralité d'opinions, de trajectoires et de profils de ceux qui composent cet organe de délibération et de suivi de la mise en œuvre des décisions politiques sur la lutte contre le VIH/Sida. A la différence du comité national de lutte contre le VIH/Sida qui était un organe très technique et élitiste, le conseil national de lutte contre le VIH/Sida est un peu plus pratique et, sociologiquement, plus légitime que celui-là. En fait, il est composé des représentants de différents ministères concernés par l'action publique de lutte contre le VIH/Sida³¹⁷, des

³¹⁷ Ministère des Affaires sociales, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de la santé publique, Ministère de l'Education, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère de l'Emploi, etc.

partenaires locaux et internationaux, des communautés religieuses et coutumières et des associations des personnes vivant avec le VIH/Sida³¹⁸.

Depuis, le 5 juin 2002, il y a eu une sorte d'inflation de mécanismes publiques de lutte contre le VIH/Sida avec la création des comités à tous les niveaux sociaux : comités ministériels de lutte contre le sida et les IST, comités d'entreprises de lutte contre le sida et les IST, comités provinciaux de lutte contre le sida et les IST, comités départementaux de lutte contre le sida et les IST, comités villageois de lutte contre le sida et les IST, comités communaux de lutte contre le sida et les IST, comités des secteurs de commune de lutte contre le sida et les IST, etc.

D'autre part, et ce peut-être le fait de l'implication personnelle du Chef de l'Etat dans cet organe, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida bénéficie de moyens plus considérables que ceux antérieurement affectés au comité national de lutte contre le VIH/Sida. Le budget du conseil burkinabé de lutte contre le VIH/Sida est passé de 23 millions de dollars en 2000 à environ 55 millions de dollars en 2007³¹⁹.

Cependant, dans un cas comme dans l'autre, la nouvelle orientation politique voudrait que l'action publique de lutte contre le VIH/Sida soit dotée d'une structure administrative souple et stable, avec des orientations stratégiques

³¹⁸ Article 8 du Décret n°2001-510/PRES/PM/MS portant organisation du Conseil national de lutte contre le VIH/Sida au Burkina Faso.

³¹⁹ Rapport du Conseil national de lutte contre le VIH/Sida.

contextuellement identifiées, en fonction de besoins des populations les plus vulnérables : les femmes enceintes, les orphelins, les prostituées et l'ensemble de personnes vivant avec le VIH/Sida. Ces dispositifs requièrent ainsi une sorte de représentativité des situations épidémiologiques et des besoins non seulement des personnes vivant avec le VIH/Sida mais aussi de ceux qui détiennent des savoirs scientifiques autour de la maladie et ceux qui possèdent les moyens techniques de véhiculer ses savoirs et de comprendre les attentes et les besoins des populations.

2. La pluralité d'opinions et de profils au sein de la coordination nationale

L'idée de pluralité d'opinions et de profils au sein de la coordination nationale de l'action publique est soutenue par la nécessité d'intégrer les personnes concernées dans les dispositifs nationaux de lutte contre le VIH/Sida. Il s'agit de fait d'une certaine identification des populations. Celle-ci est différente de la stigmatisation et de la discrimination. Elle est un fait essentiel dans la coordination nationale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Au Burkina Faso, par exemple, en fonction de cette identification et des préoccupations catégorielles qui lui sont associées, le CNLS intègre tel ou tel profil dans le large panel qui forme la structure de coordination et d'animation de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida. C'est ainsi qu'on y trouve entre autres les représentants des associations de personnes vivant avec le VIH/Sida, des chercheurs et praticiens ainsi que les

représentants des confessions religieuses et des organisations coutumières.

Au Cameroun, les dispositions du ministre Monekosso ont consisté à créer une autre dynamique d'ouverture. Le Groupe technique central, comité collégial de huit conseillers qui anime le CNLS est composé de profils variés, d'universitaires aux médecins de renom en passant par les acteurs sociaux qui influent sur d'autres objets liés à l'opinion publique. Un parallèle de toute autre nature avec le Burkina Faso est la place du politique au sein de la structure. Au Burkina Faso, le CNLS échappe d'un point de vue structurel au contrôle du ministère de la santé publique même si dans ces deux cas, l'objectif affiché par les acteurs gouvernementaux est de s'assurer un réel contrôle par les plates formes gouvernementales de la lutte contre le VIH/Sida.

Comme le note Fred Eboko dans le cas du Cameroun, « la nouvelle ossature du CNLS ambitionnait de pallier les carences majeures que laissait constater l'historique de la lutte institutionnelle contre le sida au Cameroun. L'objectif portait, entre autres, sur la coordination et l'amélioration des activités relatives au sida, puis sur la décentralisation de la lutte en faveur des 10 provinces que compte le Cameroun. La tâche s'annonçait ardue dans un contexte de changement social et de crise économique. De ce fait, la nouvelle structure projetait de participer à la connexion de ses activités avec la réalité des dynamiques et des pratiques sociales sur lesquelles l'expansion de la pandémie se greffe depuis son apparition au Cameroun en

1985 »³²⁰.

Cependant, le nombre pléthorique de conseillers, la pluralité de valeurs auxquelles ils se réfèrent et la diversité d'intérêts thérapeutiques, sociaux et politiques dont ils sont porteurs ont certainement constitué le principal obstacle aux ambitions des pouvoirs publics. Le Professeur Koula Shiro, l'un des conseillers de l'époque, également reconnue par ses travaux scientifiques sur l'épidémiologie au Cameroun, souligne souvent le conflit entre les médecins et les représentants des associations de personnes vivant avec le VIH/Sida sur l'adaptabilité des politiques d'accès aux traitements. Les premiers très techniques tiennent compte du rapport coût et efficacité au regard des effets indésirables alors que les seconds, soutenus par les mobilisations des associations du Nord, se limitaient à la seule intervention des pouvoirs publics afin que les médicaments soient disponibles au Cameroun.

Ainsi, face au discours des professionnels de la santé qui, au sein du CNLS, soulignent la nécessité de continuer la prévention en l'étendant aux catégories sociales moins touchées par les campagnes précédentes, les acteurs associatifs opposent la nécessité des traitements pour les personnes déjà contaminées par le VIH/Sida³²¹. Ces propos trouvent de l'écho dans l'analyse de Denis Matwa de la TAC dont l'association a été précisément créée pour conduire la campagne d'action en faveur des traitements du VIH/Sida en Afrique du

³²⁰ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

³²¹ Entretien du 30 mars 2007 au Palais de l'Industrie de la Villette à Paris.

Sud :

« La TAC n'a jamais faibli dans sa lutte pour les antirétroviraux. Nous avons trainé le gouvernement devant les juges ; nous avons organisé des marches de protestation ; nous avons occupé des ministères et des locaux publics ; nous avons même importé illégalement des médicaments génériques pour montrer l'écart scandaleux sur les prix entre les médicaments génériques que le gouvernement refusait de fournir aux malades et les médicaments achetés par l'Etat aux grands groupes pharmaceutiques et qui coûtaient très chers sur le marché pharmaceutique sud-africain. Les autorités publiques n'avancent jamais volontairement, il faut les pousser grâce à la pression et à la manifestation des rues. La TAC le faire toujours chaque fois que cela sera nécessaire. C'est son rôle en tant qu'organisation de la société civile »³²².

Certaines tensions sont le fait d'une collusion entre la volonté de l'élite religieuse et coutumière d'un côté et de l'autre, le désir de personnes affectées et infectées par le VIH/Sida à contrôler le champ de l'épidémie. Pour le représentant de celles-ci, les personnes atteintes doivent être au cœur de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida alors que pour les représentants de celle-là, on ne saurait substituer au monopole des experts biomédicaux qui ont longtemps dominé le champ du VIH/Sida un autre monopole : celui de personnes vivant avec le VIH/Sida. Sous cette dialectique se cache paradoxalement un espoir que ces deux catégories vont sans doute renouveler les débats et les orientations dans la coordination nationale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, ce d'autant plus que leur antinomie illustre une véritable nouveauté. On est en effet loin des clivages

³²² Entretien du 17 mai 2007 à Cape Town.

primaires qui faisaient apparaître une opposition entre ces deux catégories au motif que les victimes du VIH/Sida souffraient de la maladie de l'infidélité et de la marchandisation du corps. Ce puritanisme est dépassé au profit d'une lutte commune contre la maladie et les inégalités qu'elle engendre.

De fait, leurs débats comme ceux qui sont en train d'être conduits au sein des agences de coopération internationales sur les dynamiques de l'épidémie illustrent la nécessité d'un changement de référentiels afin que l'expertise biomédicale s'enrichisse également de l'expertise communautaire et sociale. Sous ce rapport, les deux positions convergent incontestablement vers une prise de conscience collective accrue sur les enjeux de la maladie.

Certes, les méthodes divergent selon les groupes sociaux concernés par ces débats mais le but semble être le même, à savoir il faut renégocier un ordre social soutenu par des discours et des pratiques qui d'une part démystifient la maladie par la sensibilisation et la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida et de l'autre, démocratisent les savoirs et les mécanismes de lutte contre l'épidémie en intégrant toutes les catégories sociales concernées de près ou de loin par le VIH/Sida. En un mot, ces deux groupes ne souhaitent plus que l'action publique de lutte contre le VIH/Sida soit portée par les seuls médecins.

Ensuite, l'imaginaire social associe une certaine probité morale aux autorités religieuses perçues comme des exemples dans des sociétés qui subissent encore de plein fouet les effets de la corruption qui gangrène l'administration

publique. La participation des autorités religieuses pourrait sans nul doute conduire à la déconstruction de la rapacité et de la cupidité largement associées aux mécanismes nationaux de lutte contre le VIH/Sida, en particulier au Cameroun où au cours de cette année 2008, le ministre de la santé, le secrétaire permanent du Groupe technique central du CNLS et son adjoint ont été écroués, justement pour malversations financières.

Les tensions sont également remarquées en Afrique du Sud où l'action publique de lutte contre le VIH/Sida a été victime du conflit d'intérêts entre acteurs en jeu, souvent représentés par une diversité de profils de conseillers qui entouraient le Président Thabo Mbeki et son ministre de la santé, le docteur Manto Tshabalala-Msinmang. Les compétences techniques de Thabo Mbeki et l'expérience sur la maladie de Manto Tshabalala-Msinmang qui a, pendant l'apartheid, travaillé dans les services épidémiologiques du Botswana et de Mozambique, semblaient manifestement ne pas tenir compte des intérêts des malades sud-africains mais plutôt des recompositions et des bénéfices politiques. L'ANC n'a jamais fait de mystère sur son opposition à engager les fonds publics dans la lutte contre le VIH/Sida.

Denis Matwa le note en soulignant que « Derrière le président Thabo Mbeki, le gouvernement a longtemps défendu une position négationniste sur le VIH/Sida. M. Mbeki lui-même a toujours exprimé des doutes sur les liens entre le fait d'être séropositif et l'infection du Sida. Jusqu'à ce jour, il n'est toujours pas revenu sur ses propos. Il préfère plutôt éviter le sujet. Dans les commissions gouvernementales, les thèses mettant en garde contre la toxicité et les effets secondaires de certains antirétroviraux étaient systématiquement mises en avant. Mme Mantho Tshabalala, Ministre de la santé, vantait régulièrement

les mérites des guérisseurs traditionnels et les vertus de l'ail, du citron ou des oignons pour soigner le VIH/Sida »³²³.

Au Cameroun, par contre, les représentations des conseillers techniques sur l'épidémie et leurs capacités à mobiliser des relais locaux affrontaient leurs propres perceptions de l'administration et du politique. Si bien qu'à côté des questions sanitaires, ils devaient également faire face aux pesanteurs de l'administration publique et de la tutelle plutôt étouffante du Ministère de la santé publique.

Dans tous les cas, au Cameroun, en Afrique du Sud tout comme au Burkina Faso, l'organisation administrative esquivait dans ces débuts les questions liées à l'intégration de l'expérience quotidienne de personnes atteintes du VIH/sida, la recherche fondamentale, la formation permanente des acteurs sanitaires et leur harmonisation avec les politiques de décentralisation et de déconcentration administrative. Toutefois, ces changements stratégiques n'entraînent pas illico la maîtrise de l'épidémie. Les individus continuent à s'exposer à la maladie.

³²³ Entretien du 17 mai 2007 à Cape Town.

3. L'implosion des données épidémiologiques

Malgré l'implication des politiques et des organisations des sociétés civiles locales desquelles on attendait des réponses appropriées compte tenu du fait que l'action publique de lutte contre le VIH/Sida était précisément portée par des communautés et des personnes concernées, l'épidémie continue à se développer. En effet, mise à part l'inversion des statistiques épidémiologiques au Burkina Faso qui passe de 7.3% en 1994 à 4.2% en 2004, le Cameroun et l'Afrique du Sud en revanche, perdent tous les deux, le contrôle de l'épidémiologie. En Afrique du Sud, les taux de séroprévalence sont passés de 7.6% en 1994 à 18% en 2007 et au Cameroun, de 6.8% en 1994 à 12% en 2007.

De multiples raisons expliquent cette implosion de statistiques sur l'épidémie au moment où, à l'inverse, des moyens financiers et politiques considérables continuent à être investis tant par les gouvernements que par la communauté internationale pour la contrôler. Certes, comme nous l'avons montré dans les chapitres qui précèdent, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida a fait l'objet de diverses infortunes et de multiples obstacles dans ces trois pays, mais cela ne permet pas non plus d'éluder les efforts consentis tant par de multiples acteurs locaux que par la communauté internationale en vue de contrôler la progression de l'épidémie.

Le problème est que le VIH/Sida se développe progressivement au même moment que les administrations publiques sont soumises à d'autres types de pressions et de défis. Ces défis sont entre autres liés aux changements sociaux

et politiques qui s'opèrent sur les scènes politiques locales au début des années 80, aux effets de la crise économique du milieu des années 80 et des réformes structurelles subséquentes à cette crise, etc.

L'action publique de lutte contre le VIH/Sida se structure dans ce contexte tendu pendant lequel tous les indicateurs sociaux et économiques révèlent une situation très préoccupante pour ces Etats. Le Cameroun connaît un fait majeur au cours de cette période : dès la fin des années 90, la fonction publique est obligée de procéder à la baisse, sans préavis ni débats politiques, de salaires des agents de l'Etat et de la fonction publique en général. Les fonctionnaires perdent autour des 2/3 de leur rémunération habituelle et ne bénéficient d'aucun mécanisme d'accompagnement. Ce qui, dans le domaine de la santé, entraîne une hémorragie de nombreux médecins et personnels soignants de la fonction publique vers les structures locales privées ou dans des missions moins valorisantes à l'international. Au Burkina Faso, avec l'assassinat en 1987 du Président Thomas Sankara, son successeur autoproclamé tente de contrôler l'émoi qui s'en est suivi. L'épidémie du VIH/Sida trouve, dans ce contexte très tendu, marqué par ailleurs par la crise économique et la recherche d'un nouvel ordre politique local, un terreau fertile pour son développement.

Les scènes politiques locales sont fortement influencées par le discours de démocratisation venant d'une part, de l'ancienne puissance coloniale pour les cas du Cameroun et du Burkina Faso et de l'autre, des pressions de la communauté internationale sur le régime de l'apartheid en Afrique du Sud. Ces exigences extérieures sur fond de démocratisation et d'ouverture du

champ politique au pluralisme idéologique et politique, engendrent de profondes mutations qui perturbent les équilibres sociopolitiques locaux. Nombreux changements sont à cette période soutenus par les velléités de la libéralisation des arènes politiques si bien que le VIH/Sida semble être laissé aux ornières et donnent lieu à l'implosion de mouvements de revendications de tout genre : opposition politique ; émergence des acteurs de la société civile en opposition à l'élite politique, etc³²⁴.

Section 3

L'éclatement des référentiels de l'action publique

L'éclatement des référentiels renvoie précisément à l'idée de la « multisectorialisation » interne et internationale de la coordination de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Cette multisectorialisation ressort en effet de nouvelles orientations prises par les Programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida à la fin des années 90, souvent manifestées par des stratégies de type « genré » qui font participer la gente féminine dans les mécanismes officiels de lutte contre le VIH/Sida et par la diversification globale de compétences et de profils au sein des CNLS. Sur le plan administratif, cette multisectorialisation est également soutenue pour une certaine affirmation des politiques de décentralisation des systèmes de

³²⁴ Jean Gatsi, *La société civile au Cameroun*, Yaoundé, Presses Universitaires d'Afrique, 2000.

santé en général et en particulier des mécanismes de coordination de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Ainsi, cette section analyse les stratégies « genrées » et la diversification de compétences au sein de la coordination nationale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida (1) et les effets de la décentralisation sur la construction et la mise en œuvre de cette action publique (2).

1. Les stratégies « genrées » et la diversification de compétences

A partir de 1997, les programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida prennent de nouvelles orientations soutenues par les premières leçons épidémiologiques. Celles-ci mettent en effet en lumière une certaine féminisation de l'épidémie de VIH/Sida avec un nombre important de femmes désormais contaminées par le virus. En Afrique du Sud, l'analyse des cohortes les plus atteintes montrent que les femmes de 25-29 ans ont un taux de séroprévalence de 32,5% alors que les hommes de 30-34 ans ont un taux de séroprévalence de 26,5%³²⁵. Au Cameroun, le ratio est de 3 femmes infectées pour 1 homme alors qu'il est de 3 femmes pour 2 hommes au Burkina Faso³²⁶.

³²⁵ R. Dorrington and al., *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa. National and Provincial Indicators for 2006*, Cape Town, Centre for Actuarial Research, 2006.

Cette féminisation de l'épidémie a engendré une relative féminisation des mécanismes publics de coordination de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Au Cameroun, Madame Sinata Koula Shiro est nommée conseillère technique au Ministère de la santé dès 1997. A ce titre, elle a en charge le dispositif public de lutte contre le VIH/Sida en tant que Secrétaire Permanent du GTC du CNLS. Si on se fonde sur son profil, on peut croire que sa nomination révèle deux éléments essentiels : la confirmation de la légitimité experte liée aux compétences techniques et scientifiques du Professeur Koula Shiro et une stratégie presque « genrée » de la coordination du dispositif national de lutte contre l'épidémie. Professeur des universités à la Faculté de la médecine de Yaoundé, Madame Sinata Koula Shiro est en effet très connue dans les milieux nationaux et internationaux de recherche et d'action sur le VIH/Sida. Elle a participé à plusieurs campagnes politiques en Afrique et en Europe tout en conduisant un nombre important de recherches sur l'évolution du virus de VIH/Sida.

Ce double aspect, de féminisation et de compétences, est également perceptible dans la nomination de Madame Mantho Tshabala à la tête du Ministère de la santé en Afrique du Sud en 1999. Il y restera jusqu'à la démission de Thabo Mbeki en décembre 2008. Certes, le docteur Mantho Tshabalala n'a pas spécialement travaillé dans les structures de santé liées à l'épidémie du VIH/Sida : ses prises de positions révèlent d'ailleurs une méconnaissance assez flagrante des moyens d'action et de protection contre le VIH/Sida. Elle conseille par exemple une importante consommation d'ail et d'oignons pour atténuer les effets du virus dans l'organisme. Cette hypothèse

³²⁶ Onusida, *Tableau récapitulatif de la pandémie de VIH/Sida dans le Monde*, Genève, décembre 2006.

thérapeutique n'a jamais été confirmée par aucun laboratoire de recherche virologique. En revanche, le docteur Mantho Tshabalala est une praticienne respectée dont la réputation et les compétences ont été construites pendant des longues années en tant médecin-praticienne dans les hôpitaux publics au Botswana et au Mozambique.

Le Burkina Faso résiste par contre à cette tendance de féminisation. Le Médecin-colonel Joseph André Tiendrebeogo anime le Conseil national de lutte contre le Sida et les IST depuis sa création en 2001. Il en est le Secrétaire Permanent et dépend directement du Président de la République.

Cependant, la féminisation et le recours à la notabilité liée aux compétences de ces deux personnalités phares dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida n'épuisent pas les constats sur les nouvelles orientations politiques des réponses à l'épidémie. A côté du symbole féminin et de la compétence, la lutte institutionnelle contre le VIH/Sida connaît un autre signe d'ouverture. Ce mécanisme public longtemps porté par une expertise biomédicale s'ouvre à la participation d'une élite venue d'ailleurs. Pour la première fois, on note l'arrivée dans cet organe exécutif de non-médecins. Ils sont choisis en fonction à la fois de leurs expériences personnelles de l'épidémie et de l'impact sur l'opinion publique des mobilisations qu'ils conduisent soit en tant que professionnels soit en tant que militants ou activistes.

Ces facteurs sont très perceptibles au Cameroun avec l'arrivée de trois non-médecins issus des services sociaux et de la communication : le cas de

Madame Epanya, assistante sociale et animatrice du réseau national « d'éducation à la vie et à l'amour » et de Paul Mougnotou, animateur de télévision. Ces acteurs venus du secteur non-médical prennent désormais une place importante dans l'animation de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida au sein du Groupe technique central du CNLS.

Au Burkina Faso, le conseil national de lutte contre le VIH/Sida s'ouvre également à la participation plus large d'acteurs non-médicaux avec l'arrivée des représentants des communautés religieuses et coutumières et des associations de personnes vivant avec le VIH/Sida. Issoufou Tiendrebeogo, Président fondateur de « l'Association African Solidarité » et membre du conseil d'administration de Sidaction intègre ainsi le conseil national de lutte contre le VIH/Sida, en tant que représentant de la société civile.

En Afrique du Sud, la nécessité de diversifier les profils d'acteurs phares dans la coordination nationale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida conduit à la mobilisation des personnes vivant avec l'épidémie au sein des dispositifs nationaux. Plusieurs acteurs associatifs, désormais symboles de la lutte contre le VIH/Sida par les personnes concernées elles-mêmes sont donc appelés à jouer un rôle de premier plan dans ces dispositifs : les cas de Zachie Hachmat, d'Edwin Cameron et de Marc Heywood qui participent à toutes les réunions publiques et les lieux de réflexions et de décisions sur l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud avec, entre autres, les discussions sur le « Law project », le « Human rights and AIDS in South Africa », etc.

Dans un cas comme dans l'autre, la tendance à la diversification de référentiels de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida est justifiée par l'éclatement et la diversification de situations sociales désormais associées à l'épidémie. Sous ce rapport, le recours aux profils variés d'acteurs sociaux est perçu et même reçu comme un mode opératoire capable d'enrichir la problématique sociopolitique de la lutte contre le VIH/Sida.

L'idée centrale est en effet d'obtenir des relais sociaux capables d'induire une double intermédiation : d'abord, les animateurs de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida doivent être en mesure de comprendre et d'interpréter les problématiques médicales de l'épidémie afin de mobiliser à la fois les acteurs politiques locaux et les partenaires internationaux en se fondant sur une réelle expertise locale tant de la maladie que du vécu quotidien avec la maladie³²⁷ ; ensuite, ils doivent être en mesure de comprendre et d'interpréter les problématiques sociales et politiques de l'épidémie au niveau local afin d'influer sur les perceptions et les représentations sociales du corps et ainsi d'induire des changements dans le regard sur l'épidémie et sur les personnes vivant avec le VIH/Sida. D'où la volonté de médecins et acteurs politiques d'ouvrir les programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida aux spécialistes de sciences sociales, aux acteurs influents auprès de l'opinion publique (journalistes, élites religieuses, chefs coutumiers) et aux personnes affectées et infectées par l'épidémie.

C'est d'ailleurs dans ce cadre que se comprend, au sein du Groupe technique

³²⁷ On peut se référer ici à la maison de l'observance tenue par AAS à Ouagadougou.

central du CNLS camerounais, l'émergence de nouveaux jeux de rôle de quelques acteurs de premier plan. Il s'agit, dans ce cadre, du nouveau rôle d'un journaliste, désormais conseiller au sein du Groupe technique central, chargé de l'approche Pertinence basée sur l'éducation, l'information et la communication ; d'un agent du bureau local du PNUD à Yaoundé, nommé conseiller chargé des relations avec les partenaires et d'un représentant des associations de personnes vivant avec le VIH/Sida, nommé conseiller chargé des aspects éthiques. Le journaliste Paul Mougnotou a dans cette nouvelle configuration la tâche de renforcer le secteur de communication. L'objectif est de conduire des campagnes de sensibilisation au grand public en investissant les médias et les moyens de communication les mieux adaptés en vue d'atteindre les populations cibles avec efficacité. L'équipe conduite par Paul Mougnotou élabore dans ce cadre, les outils de l'éducation, d'information et de communication (EIC).

Fred Eboko l'avait perçu en notant que « Pour induire ce type de changements, un souci de pertinence s'impose en matière de communication. L'entrée d'un journaliste, dont les compétences professionnelles et le charisme télévisuel sont reconnus, illustre cette volonté de rénovation et, surtout, le souci d'assainir une image institutionnelle que le grand public assimilait jusque-là à 'la politique du ventre' et au 'sida business' »³²⁸.

La nomination d'un agent du bureau local du PNUD à Yaoundé comme conseiller chargé des partenariats appelle un constat pour le moins paradoxal. En effet, tout en affirmant une autonomie d'action et de décisions, les

³²⁸ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

animateurs nationaux de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida intensifient les sollicitations vis-à-vis des bailleurs de fonds internationaux. Ils se montrent donc en situation perpétuelle d'attente. En même temps, la nomination de cet agent semble être le gage d'une orthodoxie et d'une transparence dans la gestion des fonds qu'ils pourraient recueillir de la communauté internationale. Il est clair que, dans les nouvelles configurations de l'action publique nationale de lutte contre le VIH/Sida, les bailleurs de fonds internationaux ne sont plus les déclencheurs des initiatives mais leurs seuls financeurs. Du coup, la présence d'un agent du PNUD leur apparaît comme une garantie en termes de suivi et de passation de marchés sur le VIH/Sida. On voit d'ailleurs apparaître plus de technicité et davantage d'occasions de réunions de travail, de séminaires et autres rencontres publiques à l'initiative des CNLS. Pendant longtemps, de telles initiatives relevaient de l'OMS ou de l'Onusida qui réunissaient les partenaires locaux mais, avec la nouvelle dynamique des CNLS, cette logique se renverse et les CNLS invitent désormais leurs partenaires à la discussion au cours de séances de travail et de séminaires tout en assurant un rôle d'interface avec les communautés de personnes vivant avec le VIH/Sida.

Enfin, la nomination exceptionnelle du président de l'emblématique association de personnes vivant avec le VIH/Sida marque la rupture dans la coordination nationale de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Pendant longtemps y compris au moment du Global program on AIDS de l'OMS, les mécanismes de lutte contre le VIH/Sida n'ont cessé de présenter un caractère plutôt élitiste et autrement technique, fortement noyauté par les médecins et les spécialistes en santé publique. Les personnes atteintes ont toujours été tenues en marge de grandes réunions et, partant, des décisions

sur leurs pratiques et leurs souffrances. Elles étaient considérées comme des individus qui devaient attendre que les spécialistes prennent des décisions pour leur santé sans que leur expertise soit reconnue.

« Cette nouvelle image est susceptible d'être fécondée par l'énergie combative reconnue dans l'univers du sida au représentant des personnes atteintes. Les deux collègues sont donc impliqués dans une action et une relation porteuses d'un changement potentiel. En matière de communication, la nouvelle équipe intègre de facto une réalité essentielle de la communication sociale : l'image du locuteur peut être aussi importante que le message qu'il édicte »³²⁹.

Plusieurs études insistaient déjà sur leur expérience propre capable d'orienter et d'induire des décisions politiques fondées sur leurs vécus, leurs angoisses, leurs itinéraires thérapeutiques et leurs situations cliniques. En plus, dans un contexte social marqué par l'ignorance de façon générale des droits fondamentaux, rien ne s'érige en mécanisme de protection des droits essentiellement des personnes vivant avec le VIH/Sida, largement victimes de discriminations de tous ordres : stigmatisation et exclusion sociales, transgression du secret médical, inégalités d'accès aux soins et autres motifs de rejet, étaient devenus leur quotidien. L'idée d'un conseiller éthique est d'aider à combattre ces violations des droits fondamentaux par la connaissance d'abord des expériences des personnes concernées. Les résultats de cette initiative semblent être satisfaisants aujourd'hui.

³²⁹ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.

En 2007, on répertoriait un ensemble important de dispositifs juridiques destinés à protéger les personnes vivant avec le VIH/Sida dans les milieux professionnels, dans les écoles et dans la vie sociale. Ces dispositifs ont été l'œuvre des équipes qui entouraient le conseiller chargé des questions éthiques. 94% des personnes rencontrées à Yaoundé estimaient intéressante cette ouverture du CNLS contre 5% sans opinion. En Afrique du Sud, cela représente 98% dans l'ensemble. Il faut dire qu'auprès des acteurs politiques, 78% toute tendance partisane confondue, reconnaissent les mérites des personnes vivant avec le VIH/Sida sur la connaissance et la reconnaissance de l'épidémie ; 96% de chercheurs tant en médecine qu'en sciences sociales estiment également important leur participation dans les mécanismes de délibérations politiques et aussi au sein des équipes de recherches. Leur vécu a servi à mieux sensibiliser les milieux encore réfractaires et à démystifier les clichés entretenus sur le vécu du séropositif, dans un contexte où les représentations sociales associaient une sentence de mort immédiate à la séropositivité.

Cette image nécessairement morbide est presque morte avant celui à qui on l'assignait. Néanmoins, certaines résistances continuent à être perceptibles. 23% des lycéens rencontrés à Soweto estiment qu'il faut isoler les personnes vivant avec le VIH/Sida contre 16% à Cape Town. Ils sont 11% à y penser à Yaoundé et 7% à Ouagadougou. 31% d'entre ceux de Soweto estiment même qu'on devait les éliminer physiquement contre 5% à Cape Town, 4% à Yaoundé et 1% à Ouagadougou.

2. L'action publique du VIH/Sida à l'épreuve de la décentralisation

Les faiblesses structurelles des administrations publiques en Afrique ont largement été mises en avant dans plusieurs études économiques, anthropologiques et sociologiques sur la dynamique mais aussi les conséquences du VIH/Sida. Or, la décentralisation et la déconcentration permettent de dépasser ces impasses en donnant plus de pouvoir aux structures administratives de proximité. L'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud se fonde sur les structures administratives déconcentrées pour fléchir les effets de la centralisation des décisions sanitaires, en donnant plus de moyens d'action aux acteurs et institutions provinciaux.

Au Cameroun, la déconcentration a été envisagée dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida à partir de 2001 avec la mise en place des programmes pilotes dans les districts de santé. Elle prévoit le renforcement des provinces et des districts de santé déjà existants mais appelés à devenir des structures décentralisées de la lutte contre l'épidémie, avec la création de 23 CTA et de 2 CTAff. Le GTC s'appuie donc sur ces structures pour résoudre également les inquiétudes suscitées par la décentralisation budgétaire. En ce sens, ces unités décentralisées du CNLS gèrent un ensemble de programmes de financement de façon autonome avec l'appuie des EPLS et des EDLS.

L'objectif affiché par le GTC est de rapprocher les politiques de prévention et de traitement des personnes vivant avec le VIH/Sida en assurant une certaine

équité dans l'accès à l'information, aux examens médicaux et aux traitements. Jusque là, le constat était que les milieux urbains semblaient être largement favorisés. Les malades des milieux ruraux étaient laissés pour compte dans la politique antérieure de centralité du CNLS. Mais, en Afrique du Sud, la décentralisation veut également répondre à la question de genre et des droits catégoriels en prenant en compte les besoins des femmes enceintes et des enfants orphelins ou porteurs du VIH/Sida.

Enfin, il y a sur fond au Cameroun, au Burkina Faso comme en Afrique du Sud, l'idée de faire participer les communautés à la nouvelle politique de lutte contre l'épidémie. Au Burkina Faso, AAS accompagne ces politiques de déconcentration à partir d'un mécanisme de prise en charge et de prévention en milieu rural, soutenu par les Unités mobiles de dépistage du VIH/Sida. De son côté, le PNLB burkinabé a procédé en 2004 à la création des unités décentralisées regroupant les chefs traditionnels et religieux, les leaders sociaux et les professionnels locaux de santé, pour accélérer un accès différentiel des personnes vivant avec le VIH/Sida aux soins de santé, en mettant à leur disposition un personnel médical et non médical spécialement formé pour répondre aux besoins suscités par l'épidémie. C'est un peu comme le programme de tutorat sanitaire, initié dans plusieurs Townships en Afrique du Sud. Des volontaires australiens et allemands, notamment, accompagnent ces dispositifs dans plusieurs Townships dont Kayelitsha, Langa et Gugulethu dans la région du Cap. Le but de ces dispositifs est de faire côtoyer diverses expériences de personnes sous traitements avec les médecins et volontaires des champs sociaux interagissant dans le domaine de la santé.

L'expérience de la maladie impose aujourd'hui, plus qu'avant, une variété de techniques d'appropriation et de réappropriation tant des traitements que de la maladie elle-même. Elle ne saurait faire l'économie du discours et du vécu des malades eux-mêmes, à la fois témoins des changements sociaux engendrés par la maladie et victimes de contraintes socio-économiques locales et internationales qui affaiblissent les politiques jusqu'ici imaginées pour combattre l'épidémie. L'expérience des malades dans différents contextes de vie illustrent les difficultés auxquelles se heurtent les politiques de décentralisation et de déconcentration. Elles sont conduites dans un contexte de profondes inégalités structurelles, marquées par de nombreux décalages matériels et symboliques, entre la ville et la campagne, entre le milieu de vie « normal » et l'héritage des politiques de peuplement en townships, entre la médecine moderne et le retour quelque peu occulté à la médecine traditionnelle ou même au charlatanisme, faute de trouver une issue favorable à la longue période de médication. Malgré les efforts des médecins et de politiques, cette action bute sur les représentations des individus qui ne croient plus aux traitements à vie, à une maladie quasi chronique, rapidement assimilée à l'action maléfique d'un tiers et donc dont le remède viendrait non pas du médecin mais plutôt du guérisseur.

Au Cameroun, la question de la décentralisation et de la déconcentration émerge de temps à autre dans les débats et les textes administratifs, depuis les indépendances. Mais, cette volonté s'est toujours heurtée d'une part à la volonté de l'Etat d'affirmer son caractère unitaire face aux irrédentismes anglophones et de l'autre par le désir des ministères de contrôler à partir de la métropole toutes les ressources politiques et symboliques. Toutes ces raisons conduisent finalement les acteurs politiques camerounais à

s'accommoder de la très forte centralisation de l'État.

« Cette dynamique historique est elle-même liée au fait que le régime d'Ahidjo (1958-1982) s'est construit sur une volonté de centralité dans ce pays qui était une république fédérale (depuis 1961) devenue une 'république unitaire' en 1972 en réduisant au maximum toutes les velléités d'autonomie, même relatives, au profit du volet 'unitaire' qui a toujours contrarié la nécessité de décentraliser l'action étatique »³³⁰.

Fred Eboko note d'ailleurs un paradoxe qui semble être justifié par une longue tradition administrative dont les 'habitus' confortent implicitement la centralité de l'Etat. En ce sens, selon lui, les responsables des délégations provinciales se réfèrent habituellement aux autorités centrales de Yaoundé pour « conduire ou avaliser des projets qui leur sont soumis au niveau local ». Ils attendent donc l'autorisation ou l'accord de Yaoundé en même temps qu'ils formulent des plaintes contre les « autorités verticalement hiérarchiques » de la métropole qui, selon eux, n'encouragent pas la déconcentration des décisions administratives. « Sur le papier, le maître mot est toujours la 'décentralisation' qui se décline sur le terrain d'une manière très variable, entre 'délégation', 'déconcentration' et 'dévolution' »³³¹.

Ces tensions sont également envisageables dans les dynamiques de l'épidémie au Burkina Faso où on note également des contradictions entre la

³³⁰ Fred Eboko, « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005

³³¹ Ibid.

volonté officiellement orientée vers la déconcentration de l'action publique du VIH/Sida et les dynamiques réelles de cette action dans la gestion quotidienne des décisions et des trajectoires de l'épidémie par les délégations provinciales. Ces dernières n'ont aucune marge de manœuvre dans la gestion de l'épidémie sinon relayer, au niveau provincial, les décisions de l'administration centrale sans aucune possibilité de les décliner en fonction des besoins et des attentes réels des personnes sous leur compétence. En définitive, la « division sociale du travail », dans le champ de la lutte contre le VIH/Sida est largement éprouvée par les tensions qui caractérisent les politiques de décentralisation en Afrique mais moins en Afrique du Sud qu'au Cameroun et au Burkina Faso.

Chapitre 5 -

LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

L'analyse de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida s'intéresse également aux dynamiques socioculturelles et aux points de vue sociopolitiques qui permettent d'appréhender les changements sociaux, les logiques de recours aux politiques de prévention, les principes d'administration des traitements et les soutiens apportés aux malades.

Comme le souligne Didier Fassin, « il ne suffit pas de manifester une volonté aussi généreuse soit-elle, il faut aussi se donner les moyens d'appréhender les réalités des pays les plus dramatiquement confrontés au sida, les programmes de prévention et de traitement qui y sont développés »³³².

Ces connaissances semblent encore, dans le cadre de l'analyse de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique, très fragmentaires et surtout marquées par une singulière difficulté à dépasser la seule évocation des faiblesses administratives et des difficultés structurelles de l'Etat africain et des adjectifs qui lui sont pour cela associés³³³.

De fait, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida met à nu non seulement les faiblesses des institutions publiques africaines mais aussi la difficulté d'identifier les capacités propres aux acteurs africains de prendre des

³³² D. Fassin, *Ibid.*

³³³ On lira J.-P. Olivier de Sardan, « Etat, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique », in *Politique Africaine*, n°96, Paris, Karthala, déc. 2004, pp.139-162.

décisions significatives sur des objets politiques, surtout lorsque ceux-ci échappent essentiellement aux niveaux locaux et recouvrent un sens fortement global. Le sens global du VIH/sida découle de ses premières origines internationales et de la mobilisation de la communauté internationale qui a marqué ses premières politiques.

En ce sens, les mécanismes locaux semblaient de fait se réduire à la seule action de décodage et d'interprétation, au niveau national, de différentes politiques issues des logiques d'action internationales, souvent le fait des agences spécialisées des Nations Unies, des organisations non gouvernementales occidentales et d'autres agences de coopération internationale. Ils essayaient de formaliser et de relayer les recommandations internationales qui, à cette période, étaient pensées pour prévenir les nouvelles contaminations tout en assurant une prise en charge de personnes déjà contaminées par le virus. Sous ce rapport, la communication sur l'épidémie a été articulée autour de la prévention et la prise en charge exclusivement psychosociale. La théorie en cette période était de montrer que l'une sans l'autre affaiblissait la dynamique de réponse à l'épidémie en vue de protéger l'ordre public.

En même temps, les pouvoirs publics étaient face à un dilemme : d'un côté, les populations non encore infectées attendaient des informations de toute sorte sur les moyens les plus efficaces de se protéger contre le virus et de l'autre, celles déjà en contact avec le virus, réclamaient une prise en charge spécifique. Or, l'administration, en l'occurrence les structures de santé publique, semblait financièrement incapable de fournir les services exigés par

les uns et les autres. Aussi, la prévention de nouvelles contaminations s'est imposée comme premier modèle routinier de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida (section 1). Elle s'est traduite par la mise en place d'outils d'information, d'éducation et de communication de masse. Mais, au fur et à mesure que la maladie faisait des victimes, on s'est vite aperçu qu'il devenait intenable, voir inapproprié, de continuer à prioriser la prévention sans envisager une action d'accès aux soins et aux médicaments pour ces nombreuses personnes déjà en contact avec le virus (section 2).

Positionnement panoramique du cinquième chapitre

LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Section 1

A l'origine, l'information, l'éducation et la communication



Section 2

Les politiques d'accès aux traitements antirétroviraux

Section 1

A l'origine, l'information, l'éducation et la communication

L'information, l'éducation et la communication (IEC) reposent sur les conseils de prévention, l'accompagnement psychologique vers les tests de dépistage et le suivi psychosocial de personnes dont les résultats de tests de dépistage montrent qu'elles ont été en contact avec le virus. Ces actions de soutien constituent pour ainsi dire la priorité des pouvoirs publics dans la lutte contre le VIH/Sida. Aujourd'hui encore, ces stratégies de contrôle et de prise en charge de la maladie se trouvent, malgré l'accès aux médicaments, à la base de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida et en constituent exactement l'ossature dans la plupart de pays africains.

Mais, en termes de dépenses, l'IEC représente 39% du budget de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida au Burkina Faso, contre 35% pour les soins cliniques et les traitements, 19,4% pour atténuer l'impact social de l'épidémie et 6,6% pour l'appui institutionnel et la coordination du CNLS. Ces dépenses sont respectivement de 27,9%, 64,4%, 4,1% et 3,6% pour le Cameroun alors qu'elles représentent 19,7%, 70,2%, 7,4% et 2,6% pour l'Afrique du Sud.

Dans ce cadre, les associations diffusent régulièrement des informations médicales, culturelles et sociales sur l'épidémiologie à partir d'outils pédagogiques d'IEC. Elles ont été rejointes par les points focaux de

différentes administrations publiques engagées dans la lutte contre le VIH/Sida. Au Cameroun, cette orientation justifie le rôle et la place de Paul Moungnoutou justement recruté par le Groupe technique central du CNLS pour ses compétences et sa notoriété dans le domaine de l'IEC compte tenu de ses activités antérieures dans les médias en tant que journaliste. En un sens, la coordination du CNLS camerounais recherchait ce type de profil en vue d'induire des changements sociaux à travers les méthodes et les outils de communication de masse. Il s'agissait donc avec l'arrivée de ce journaliste dont les compétences audiovisuelles et le charisme auprès du grand public étaient largement reconnus, d'apporter des innovations dans les campagnes de sensibilisation populaires, en se basant sur les nouvelles approches de communication. En Afrique du Sud, le gouvernement a créé des centres provinciaux d'information sur le VIH/Sida « AIDS Training and Information Centre (ATIC) » qui centralisent et diffusent l'information utile sur les différents aspects de l'épidémie. Ces centres appuient l'action des délégations provinciales de lutte contre le VIH/Sida.

Le besoin d'IEC est également justifié par le caractère insaisissable d'une épidémie du VIH/Sida dont les connaissances et les savoirs sont produits en même temps qu'on découvre ses effets sur le vécu de ceux qui en sont victimes. Au Cameroun et au Burkina Faso, les campagnes de sensibilisation sont largement soutenues par les agences de l'ONU, spécialement celles fédérées au sein de l'Onusida, et le Fonds mondial. Entre 2002 et 2007, les budgets nationaux destinés à la prévention ont été multipliés par 3.7³³⁴. L'IEC vise en effet la sensibilisation du grand public sur les modes opératoires du

³³⁴ Onusida, Rapport mondial sur la santé, Genève, 2007.

virus : moyens de contamination et de transmission, modes de reproduction dans l'organisme humain, symptômes cliniques, etc.

L'IEC s'appuie sur le test de dépistage suivant deux logiques : tout d'abord, sur le plan individuel, elle aide les personnes qui s'y soumettent à connaître leur statut sérologique afin de se protéger davantage ; ensuite, sur le plan collectif, les services de surveillance épidémiologique s'en servent comme principal outil scientifique qui permet d'obtenir les statistiques sur la séroprévalence et les groupes sociaux les plus exposés à la maladie, afin de mieux orienter les campagnes de sensibilisation vers les publics les plus vulnérables d'un point de vue sociologique.

L'action publique d'IEC ne résulte pas d'un choix politique au sens de Larry Gerston³³⁵, puisque les acteurs politiques n'avaient pas d'autres possibilités que de mener une action publique de prévention. Cette tendance a été justifiée par un fait majeur : les couts financiers, sociaux et médicaux des premières trithérapies étaient prohibitifs pour les économies et les systèmes de santé africains, avec notamment une quasi-inexistence de mécanismes publics de sécurité sociale.

Denis Matwa le note à propos de l'Afrique du Sud : « le gouvernement refusait d'acheter les trois antirétroviraux³³⁶ au

³³⁵ L. N. Gerston, *Public Policy Making: Process and Principles*, M.E. Sharpe, New York, 1997

³³⁶ Il s'agit de l'AZT, la Lamivudine et la Névirapine qui composaient les premières trithérapies.

motif que la facture totale aurait été beaucoup trop lourde. Les malades devaient se débrouiller pour se procurer les médicaments pouvant les sauver. Le revenu mensuel moyen d'un ménage sud-africain ne dépassait pas 1500 rands³³⁷, si deux membres d'une même famille étaient infectés, il devenait impossible de soigner les deux »³³⁸.

Aujourd'hui, les politiques de sensibilisation et les stratégies de communication engloutissent environ 39%³³⁹ du budget des opérations du CNLS pour la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun et 35% au Burkina Faso.

En Afrique du Sud, cette tendance s'inverse au profit des politiques d'accès aux traitements qui depuis 2004 sont la priorité de l'action publique avec environ 70%³⁴⁰ du budget national consacré à l'action publique de lutte contre VIH/Sida. L'Etat sud-africain prend en charge l'ensemble de dépenses liées aux traitements du VIH/Sida y compris les examens biologiques, pour lesquels les patients sous traitement sont gratuitement traités.

Quatre dimensions essentielles structurent l'action publique dans le domaine de l'IEC : la prévention de nouvelles contaminations, la fourniture publique des préservatifs, les campagnes publiques pour les changements de comportement et le soutien aux acteurs sociaux construits comme des relais de l'action publique.

³³⁷ L'équivalent de 150 euros.

³³⁸ Entretien du 14 mai 2007 à Cape Town.

³³⁹ Données du Comité National de Lutte contre le Sida, CNLS.

³⁴⁰ Chiffres du Ministère de la santé à Pretoria.

1. La perception différenciée de la prévention de nouvelles infections

De façon générale, la prévention de nouvelles contaminations est une constance de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique. Elle a, à maintes reprises, été expliquée à partir de divers déterminants qui tiennent compte de la vie politique, des réalités économiques et des pratiques culturelles locales. Il y avait également les difficultés d'experts nationaux et internationaux à comprendre et à interpréter l'épidémie au cours de ses premières heures si bien que la communauté internationale a dès le début recommandé la prévention comme politique prioritaire face au développement de l'épidémie dans les pays du Sud.

De fait, comme le souligne le docteur Kouafack, la prévention vise à « aider les populations à apprendre comment se transmet le virus du VIH/Sida, à pratiquer une sexualité à moindre risque, à effectuer un dépistage du VIH et, selon les résultats, à prendre des mesures pour éviter d'être infecté ou d'infecter les autres »³⁴¹.

En ce qui concerne l'Afrique, cette orientation politique s'est rapidement imposée compte tenu également du contexte sociopolitique d'un continent par ailleurs sous tutelle économique et financière dont il a vraisemblablement du mal à s'affranchir.

³⁴¹ Entretiens avec le Docteur Kouafack, du « Service de l'Hôpital de Jour » destiné aux personnes séropositives. Le terme « Hôpital de Jour » a été choisi pour éviter la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/Sida que pouvait entraîner la dénomination « Service de VIH/Sida ».

En effet, le VIH/Sida entraîne une crise épidémiologique qui nécessite un investissement financier très considérable. En 2006, le montant des fonds gouvernementaux dépensés pour l'épidémie était d'environ 11 millions d'euros pour le Burkina Faso et de 17 millions d'euros pour le Cameroun. Dans ce contexte, seuls les mécanismes traditionnels de solidarité internationale pouvaient en soutenir le coût afin d'atténuer ses effets sur les dépenses publiques nationales.

Cependant, un peu plus de vingt cinq ans après, quelques zones d'ombre subsistent encore sur la manière dont la prévention a réellement été perçue et reçue par les populations locales, compte tenu des statistiques actuelles sur l'épidémiologie. A-t-elle réellement influé sur les représentations sociales de la maladie et du corps ? A-t-elle induit des changements sociaux en termes de responsabilité pour qu'on soit désormais capable d'identifier une attitude responsable vis-à-vis de la maladie et des personnes malades ?

167 des 500 personnes rencontrées en Afrique du Sud et au Cameroun³⁴², dans différents points d'accès à l'information et interrogées à cette fin, estiment « être encore prêtes à contaminer d'autres individus au cas où leur test révélerait qu'elles sont elles-mêmes atteintes du virus de VIH/Sida ». Ce qui représente environ 30% des enquêtés dont 62% de Sud-africains et 38% de Camerounais. Cette attitude est liée à la perception et même à la réception du discours couramment véhiculé dans les campagnes de prévention. Celui-ci

³⁴² Cette enquête a été menée, dans différents points d'accès à l'IEC sur le VIH/Sida, à la fois à Douala en octobre et novembre 2006 et à Cape Town et ses environs de mai à juillet 2007.

construit l'épidémie de VIH/Sida en une maladie fatale. Cette perception est d'ailleurs soutenue et entretenue par les images que les campagnes de prévention véhiculent sur le corps du malade, souvent représenté en phase de défiguration. En Afrique du Sud, par exemple, on découvre souvent qu'on a été en contact avec le virus lorsqu'on se trouve au stade de la maladie, c'est-à-dire au stade où l'organisme manifeste les lignes cliniques du Sida. Environ 2 millions des 6 millions de personnes infectées par le VIH en Afrique du Sud, vivent en état de Sida³⁴³. Comme pour s'en convaincre, on peut également se référer aux discours des enquêtés eux-mêmes. Un peu plus de 60% d'entre eux, laissent sous-entendre que le fait d'être séropositif condamne inéluctablement à la mort. Le VIH/Sida est sous ce rapport perçu comme une « maladie de la mort ».

Par ailleurs, la plupart des enquêtés pensent qu'ils ne peuvent avoir été contaminés que par leurs partenaires sexuels. Cette attitude révèle ce sentiment de vengeance qui les conduirait à transmettre volontairement le virus à autrui. En même temps, la plupart d'entre eux reconnaissent les « souffrances sociales » liées au fait d'être victime de la maladie. Ces souffrances sont selon eux occasionnées par le « rejet familial », les difficultés à « mener une vie sexuelle et sentimentale normale », les difficultés à se « maintenir dans le monde du travail »³⁴⁴, etc. Ils craignent la discrimination dont sont encore victimes les personnes vivant avec le VIH/Sida et redoutent

³⁴³ R. Dorrington and al., Op. cit.

³⁴⁴ On lira ici les rapports très nombreux du Programme « VIH/Sida et le monde du travail » publiés par l'OIT. Voir A. M. Trebilcock, « Le Sida et le lieu de travail. Les orientations que suggèrent les normes de l'OIT », *Revue internationale du travail*, vol.128, n°1, 1989, pp.33-51 ; on lira également J. Isaksen, A. Spissøy and N. G. Songstad, *Socio-economic effects of HIV/AIDS in African countries*, Bergen, Michelsen Institute, 2002.

l'ensemble de clichés qui les stigmatise. Comme le souligne Edwin Cameron, « tout comme l'épidémie elle-même, la stigmatisation tue aussi. Elle est un interdit qui empêche les Sud-africains de se faire dépister, de parler de leur séropositivité ou de demander de l'assistance à un tiers »³⁴⁵.

Cependant, les perceptions, les représentations et même les effets de l'action de prévention chez les individus varient selon trois principaux facteurs : leur condition de vie, leur milieu de résidence et leur niveau d'instruction. En effet, la plupart de ceux qui ont répondu « être en mesure de protéger autrui », dans une démarche de responsabilité, quels que soient les résultats de leur test de dépistage, sont des étudiants ou des cadres moyens et habitent les quartiers sûrs.

En un sens, les messages de prévention sont favorablement perçus, reçus et interprétés par les habitants des quartiers sûrs ou plutôt des « quartiers modernes » pour reprendre l'expression de nombreux Camerounais. En Afrique du Sud, on parle plutôt de zones « safe ». Il s'agit des quartiers de Denver et de Bonapriso, à Douala ou de Green Point et de Rosebank, à Cape Town. A l'inverse, se trouvent ceux qui habitent les quartiers populaires de Daido, à Douala et de Brooklyn, à Cape Town. Les représentations et les perceptions de la maladie, dans ces deux derniers sites, reflètent à peu près celles recueillies dans une autre enquête à Soweto³⁴⁶ : 160 des 250 personnes

³⁴⁵ Entretien du 14 juin 2007 à Cape Town.

³⁴⁶ Les enquêtes de Soweto ont été réalisées avec Melinda Moore, doctorante en Anthropologie de la santé, à l'Université McGill de Montréal. Ces enquêtes communes ont été effectuées en deux étapes, en mars 2006 et d'août à octobre 2007.

rencontrées à différents moments à l'Hôpital Chris Ani Baragwanath disaient « ressentir de la haine en pensant à une éventuelle contamination par le virus du VIH/Sida ». Pour ces personnes, l'exposition au VIH/Sida viendrait « inévitablement de leurs partenaires sexuels ». Elles utilisent différentes expressions pour noter la responsabilité de leurs partenaires. Ces derniers se seraient en effet rendus responsables de ne les avoir « pas protégés », ou d'avoir « été infidèles » ou « d'être parti chercher la bête dehors pour l'amener à la maison ». Pour justifier cette attitude, Edwin Cameron observe qu'« on est dans des sociétés et dans des contextes de sensibilisation où la communication a été orientée de sorte qu'il devienne difficile de penser à une transmission accidentelle du VIH/Sida. Celle-ci est quasiment impossible en Afrique du Sud »³⁴⁷.

Paradoxalement, comme à Daido et à Brooklyn, la plupart de personnes habitant à Soweto qui associent « le risque d'être le plus contaminé par le virus de Sida à l'infidélité », ont déclaré être eux-mêmes engagés « dans une situation de multipartenariat³⁴⁸ ». Elles représentent de ce fait 89% à Daido, 72% à Brooklyn et 87% à Soweto. La distinction selon le genre est quasi inexistante dans la pratique du multipartenariat dans les townships : les femmes comme les hommes se trouvent dans ce type de relation sexuelle avec plusieurs partenaires dans le même espace de temps³⁴⁹. Cependant, toutes les manifestations de la stigmatisation ne viennent pas uniquement de

³⁴⁷ Entretien du 14 juin 2007 à Cape Town.

³⁴⁸ Le multipartenariat s'entend ici d'une situation dans laquelle un individu aurait eu de façon occasionnelle ou permanente une relation sexuelle avec deux ou plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois.

³⁴⁹ On lira Frederic Le Marcis,

sources externes. Edwin Cameron décrit sa propre expérience de l'annonce pour l'illustrer. Dans ses mémoires, on peut lire que lorsqu'on lui a annoncé qu'il était séropositif, il s'est « senti contaminé et honteux ». Au début, il imaginait que ses sentiments d'être contaminé et d'avoir honte venaient du fait qu'il avait contracté le VIH à partir des relations homosexuelles. Cependant, au cours de ses années de lutte dans les réseaux militants antisida, il s'est aperçu que ces sentiments de honte et de contamination étaient particulièrement présents chez nombreux autres personnes infectées, quels que soit leur orientation sexuelle, leur sexe, leur race ou leur niveau de culture³⁵⁰.

Dans ces enquêtes, seules les différences nationales semblent moduler les résultats obtenus sur les postures adoptées par les individus à l'égard de la contamination. Au Cameroun, 39% des enquêtés affirment « ne pas avoir de responsabilité quelconque qui les obligerait à protéger leur partenaire au cas où ils viendraient eux-mêmes à être dépistés séropositifs » ; ils sont 23% au Burkina Faso et 41% en Afrique du Sud à avoir le même sentiment.

Les différences entre les quartiers modernes et les quartiers populaires se précisent encore mieux sur un autre type de variable : la connaissance de personnes séropositives proches ou pas de leur famille. Les personnes rencontrées à Denver, Bonapriso, Green Point et Rosebank connaissent moins d'individus séropositifs que celles rencontrées à Daido, Soweto et Brooklyn. En effet, 14.1% d'individus du premier groupe déclarent « connaître

³⁵⁰ E. Cameron, *Witness to AIDS*, Cape Town, Tafelberg, 2005.

personnellement une ou plusieurs personnes séropositives ». Elles sont 56% dans le second groupe. Cette différence peut être expliquée à la fois par le niveau de visibilité sociale de la maladie d'un environnement à l'autre et par le type de liens sociaux qui unissent les populations dans ces lieux de résidence. En l'occurrence, la maladie est socialement plus visible dans les milieux populaires plutôt que dans les quartiers où résident les classes bourgeoises et moyennes. A Daido, Soweto et Brooklyn, on observe encore une sorte de cohabitation qui maintient certaines formes de solidarité traditionnelle³⁵¹ alors qu'à Denver, Bonapriso, Green Point et Rosebank, on constate une sorte d'individualisme qui fait de sorte que les voisins ne se rencontrent pas du tout.

Ceci expliquant cela, alors que les personnes interrogées dans le premier groupe déclarent dans 23% de cas qu'il « s'agit d'une connaissance proche », c'est-à-dire un parent, un ami, un collègue de travail, un partenaire sexuel ou un ancien partenaire, dans le second groupe elles sont 67% à apporter cette précision. Ces données confirment des enquêtes sociologiques et anthropologiques qui concluent sur le taux très élevé de prévalence de VIH/Sida dans les milieux défavorisés et la moindre visibilité sociale de la maladie, dans les milieux moins pauvres³⁵².

Cette proximité subjective à l'égard de la maladie et la réception de l'action de prévention sont fortement corrélées à cette sorte de perception que les

³⁵¹ Sur les solidarités sociales africaines, on lira A. Hampâté Bâ, *Amkoullel, l'enfant peul*, Paris, Actes Sud, 1991.

³⁵² On lira D. Fassin, *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au Sida*, Op. cit.

individus se forge du risque personnel d'être contaminé par le virus de VIH/Sida. Les personnes qui déclarent connaître un individu séropositif sont en effet plus nombreuses dans la catégorie de celles qui craignent d'être infectées ou même qui déclarent être en mesure de transmettre volontairement le virus au cas où elles découvriraient qu'elles ont, elles-mêmes, été contaminées : celles qui habitent les quartiers modernes qui, en plus, ont un niveau de vie et un niveau de culture plus élevés, moins nombreuses à déclarer connaître une personne contaminée, sont aussi moins nombreuses à déclarer être capables de transmettre l'épidémie en cas de leur propre contamination par le virus de VIH/Sida.

Cette idée peut aussi expliquer le constat d'une diffusion différenciée de l'épidémie au niveau national entre la ville et les zones périphériques ou, pour rester dans notre enquête, entre les quartiers modernes et les quartiers populaires. On considère que les individus sont, dans leurs choix de partenaires, très marqués par les notions de « territorialité » qui façonnent leurs habitudes et leur sociabilité si bien qu'ils ne passent pas ou que très rarement d'une catégorie résidentielle à une autre. De fait, nous ne nous intéressons pas nécessairement aux différences des tendances épidémiologiques entre les milieux urbains et les milieux ruraux mais plutôt dans les milieux urbains, entre la ville et sa périphérie populaire. Il y a comme une certaine territorialisation de la vie sexuelle dont la cartographie dessine une frontière très forte entre les niveaux de vie et d'instruction et les milieux de résidence.

En effet, les rencontres sentimentales suivent cette cartographie qui voudrait

que la mobilité soit très réduite dans la conquête sexuelle. En un sens, les individus du premier groupe resteraient, dans leurs relations sexuelles, largement liés à d'autres individus de ce groupe alors que ceux du second groupe seraient avec leurs pairs. Autrement dit, les individus habitant à Green Point et Rosebank pourraient avoir des rapports sexuels soit avec d'autres individus de Green Point soit avec ceux de Robebank mais ils auront moins de possibilités de rencontre avec les individus qui viendraient de Brooklyn ou de Soweto. Cette hypothèse de la territorialisation des pratiques sexuelles s'accommode également des théories de la reproduction sociale de Pierre Bourdieu³⁵³.

2. Les représentations sociales de la campagne d'accès au préservatif

L'action de prévention du VIH/Sida est également portée par les politiques d'encouragement et d'incitation à l'usage du préservatif. Le marketing social du préservatif a été soutenu par les gouvernements, même dans un environnement politique souvent soumis aux pressions des autorités religieuses très opposées à cette pratique perçue comme un moyen d'encourager l'infidélité et la dépravation de mœurs³⁵⁴. Aujourd'hui, on

³⁵³ On lira P. Bourdieu, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994.

constate que les jeunes utilisent largement le préservatif à l'entrée de la vie sexuelle. Au Cameroun, 69% des jeunes entre 18 et 24 ans ont utilisé un préservatif au premier rapport. Ils représentent 64% au Burkina Faso et 59% en Afrique du Sud. Ils ne sont que 7.9% à en utiliser dans la tranche de 30 à 49, au Cameroun, 8.2% au Burkina Faso et 5.7% en Afrique du Sud.

Ces écarts s'expliquent en partie par trois variables de cible, d'habitudes et de stabilité. D'abord, l'action de prévention est largement orientée vers les plus jeunes qui ont perçu et interprété ce message comme une injonction morale à faire usage du préservatif au moins au cours de leurs premiers rapports sexuels. La catégorie de 16-24 est largement stigmatisée comme la population à risque, fortement concernée par le développement de nouveaux cas de contamination par le VIH/Sida. Elle fait exploser les statistiques de la surveillance épidémiologique partout en Afrique. Au Burkina Faso, cette catégorie représente à elle seule 50% de nouvelles contaminations annuelles au virus du Sida³⁵⁵.

En plus, et c'est la conséquence de l'interprétation minimaliste de l'injonction précédente, les jeunes prennent progressivement plus de risque au fur et à mesure qu'ils s'installent dans la vie sexuelle. Il y a ici comme une accoutumance à la vie sexuelle qui produit ce sentiment de confiance selon lequel, ils abandonnent progressivement le préservatif. On observe d'ailleurs

³⁵⁴ On peut à ce sujet se référer à la polémique engendrée par les propos du Pape Benoit XVI sur le préservatif, lors de son voyage en Afrique du 17 au 23 mars 2009. On a oublié le message de paix et de réconciliation dont il était porteur, figeant les esprits sur la seule question du préservatif.

³⁵⁵ Rapport du PNUD, Op. cit.

que les jeunes ont tendance à se débarrasser très vite du préservatif lorsqu'ils s'installent dans la vie sexuelle, même avec un nouveau partenaire sexuel. Enfin, ceux qui entrent dans la vie sexuelle à 30-49 ans et ceux qui atteignent cet âge dans la vie sexuelle, sont plus nombreux à être engagés dans une relation sexuelle plutôt stable que les plus jeunes. Du coup, ils consomment moins de préservatifs à l'entrée dans la vie sexuelle que ces derniers. Cette tendance est représentée par des jeunes « catho » ou d'autres églises chrétiennes marquées par les discours qui véhiculent les valeurs de l'abstinence avant le mariage et de la fidélité dans le mariage.

Toutefois, le préservatif est un consommable dont l'usage n'échappe pas à l'accès différentiel qui caractérise l'accès général et les mécanismes de distribution des biens, dans des sociétés soumises à la rareté et à la rupture de stocks. En l'occurrence, l'accès différentiel est lié à deux variables : le niveau de vie et le niveau d'éducation. L'impact de l'action de diffusion du préservatif, en termes de santé publique, souffre précisément de cette différenciation sociale. Les associations de lutte contre le VIH/Sida et les services de santé publique semblent encore très éloignés de la vie des individus si bien qu'on constate encore un accès sélectif aux mécanismes de diffusion massive de préservatifs dans ces trois pays. Jusqu'à ce jour, le préservatif est encore dans un état d'objet à caractère essentiellement commercial et dont le prix le rend largement inaccessible à tous ceux qui en ont le plus besoin.

De fait, au-delà de la classification catégorielle précédente par tranches d'âge, l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est plus faible chez les

personnes sans diplôme³⁵⁶, donc sans revenu ni moyen d'accès à l'IEC en matière de santé publique. Or, ces individus représentent dans ces trois pays, la masse populaire la plus importante. Au Cameroun, les jeunes entre 18 et 30 ans sans diplôme sont 17% à rapporter avoir utilisé un préservatif contre, dans la même tranche d'âge, 68% des diplômés du supérieur. Ces chiffres représentent respectivement 11% et 59% au Burkina Faso et 9% et 61% en Afrique du Sud.

En plus, un autre décalage entre l'action de prévention et les réalités sociales intervient au niveau des idées qui soutiennent les campagnes d'information auprès des publics concernés. En effet, contrairement à l'idée très répandue dans plusieurs rapports d'évaluation des CNLS et selon laquelle, les individus qui entrent très jeunes dans la vie sexuelle adoptent moins fréquemment des pratiques de prévention que ceux qui retardent cette entrée, l'usage du préservatif varie très peu avec l'âge d'entrée dans la vie sexuelle. Les personnes qui entrent très tard dans la vie sexuelle déclarent moins fréquemment avoir utilisé un préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels. Les jeunes camerounais de moins de 30 ans sont 52% à avoir déclaré l'usage d'un préservatif lorsque ce premier rapport sexuel est intervenu avant 16 ans, 57% lorsqu'il a eu lieu entre 16 et 20 ans alors que ceux qui sont entrés dans la vie sexuelle à partir de 21 ans sont 41% à avoir utilisé un préservatif. Ces chiffres représentent respectivement 49%, 56% et 42% au Burkina Faso et 43%, 53% et 39% en Afrique du Sud.

³⁵⁶ Sans diplôme s'entend ici, des personnes déscolarisées et celles qui ont quitté l'école avant le BEP.

Par contre, dans les trois cas nationaux, l'usage du préservatif est en augmentation chez les personnes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au début des années 2000 quelque soit l'âge avec lequel ils y ont accédé. Cette tendance atteste sans nul doute d'une réception positive de l'action de prévention à partir de la seconde moitié des années 1996 pendant laquelle l'Onusida a mis la priorité sur la prévention de nouvelles contaminations grâce à la distribution massive du préservatif. C'est d'ailleurs au cours de cette période que les prix du préservatif ont fortement baissé et que les services publics ont entrepris de mettre les préservatifs à la disposition des usagers dans les lieux particulièrement fréquentés par les populations à risque : hôtels, campus universitaires, hôpitaux, etc. Dans plusieurs situations, ils ont commencé à être gratuitement distribués, surtout qu'il n'y avait pas de médicaments à cette période. L'action publique de prévention était alors portée par une trilogie : l'abstinence des rapports sexuels pour les jeunes et les adolescents ; la fidélité pour les couples sexuellement actifs et l'usage du préservatif pour les individus appartenant aux groupes à risque (prostituées, homosexuels et usagés de drogue). Au Cameroun, 72% de personnes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels après 2000 déclarent avoir utilisé un préservatif. Elles sont 69% au Burkina Faso et 57% en Afrique du Sud.

Toutefois, l'usage du préservatif paraît plus systématique chez les personnes qui commencent une relation sexuelle avec un nouveau partenaire au Burkina Faso qu'au Cameroun ou en Afrique du Sud. Elle représente en effet respectivement 66%, 48% et 41%. Le même constat se dégage chez les personnes qui ont eu au moins deux partenaires au cours des douze derniers mois précédant la période de notre enquête. Les personnes qui ont eu plus de

deux partenaires au cours de cette même période se protègent davantage que celles qui n'en ont déclaré que deux. Cette attitude s'explique certainement par la prise de conscience du niveau de risque au fur et à mesure que l'on entre dans une instabilité sexuelle. Il y a ici l'idée d'une accoutumance de type pavlovien³⁵⁷ qui influe systématiquement sur le désir des personnes à utiliser le préservatif. Le changement de partenaires ou la multiplication de partenaires entraîne la conscience que l'individu s'expose davantage au virus. Ce constat est contraire au discours qui voudrait que la stabilité dans la relation sexuelle avec un même partenaire entraîne la confiance et aboutit à l'abandon du préservatif. Certaines personnes précisent par exemple avoir recours au préservatif lorsqu'elles franchissent une barre que la majorité met à deux partenaires. A tel point que, même revenu à un seul partenaire, elles continuent à utiliser le préservatif. En outre, même ceux qui estiment ne pas se protéger dans une relation avec un ou deux partenaires, commencent à envisager d'utiliser le préservatif avec le troisième partenaire jusqu'à l'étendre sur les deux premiers partenaires.

L'homosexualité et l'hétérosexualité apparaissent également comme des indicateurs qui renseignent sur les modes de représentation et de réception de l'action publique du préservatif. En effet, les hommes ayant des pratiques homosexuelles sont plus nombreux à déclarer avoir utilisé le préservatif que ceux qui ont des pratiques hétérosexuelles. Cette donnée confirme le caractère homosexuel des premières campagnes de sensibilisation tout en attestant certainement de l'impact positif de ces premières campagnes en milieu gays

³⁵⁷ On pourra se référer aux théories de conditionnement de Pavlov, lire A. Lieurry, *Introduction à la psychologie*, Paris, Dunod, 2000.

quand bien même, dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique, on s'intéresse peu ou pas à ce public que les politiques feignent d'ignorer. Les homosexuels africains accèdent à l'information sur le VIH/Sida par Internet et les médias gays qu'ils se partagent dans des réseaux discrets, fermés et opaques pour se protéger de la stigmatisation et des discriminations homophobes encore nombreuses dans ces trois pays.

3. Les changements socioculturels : une étude de cas à Soweto

Une autre enquête, cette fois-ci grâce à un essai randomisé³⁵⁸ portant sur des individus et des couples rencontrés à l'hôpital Chris Ani Baragwanath de Soweto, permet de mettre en lumière quelques changements sociaux et comportementaux induits par l'action publique d'information, d'éducation et de communication sur le VIH/Sida. Au cours de cette enquête, nous avons constitué deux groupes, observés selon une méthode longitudinale pendant dix-huit mois : l'essai a été monté lors d'un premier séjour d'enquêtes en mars 2006 et les conclusions produites au cours d'une autre enquête en septembre 2007. Nous ne connaissions pas le statut sérologique des enquêtés qui constituaient notre échantillon bien que nous les ayons tous rencontrés sur des lieux d'accès à l'information et à l'éducation sur le VIH/Sida, à l'hôpital Chris Ani Baragwanath. Les médecins nous avaient en effet

³⁵⁸ Nous avons pratiqué cet essai à l'hôpital Chris Ani Baragwanath de Soweto, avec Melinda Moore, doctorante en anthropologie à l'Université McGill de Montréal.

expressément recommandé de ne pas particulièrement nous intéresser au statut sérologique des individus qui faisaient partis de ces deux cohortes mais plutôt à leur discours et leur vécu en tant que personnes participant habituellement aux activités de prévention. Le premier groupe était composé de personnes qui participaient aux activités de conseils avant de se soumettre au test volontaire de dépistage du VIH/Sida alors que le second était composé d'individus issus de ce qu'on y appelle les « cellules d'éducation sanitaire de base », sans aucun lien avec le test de dépistage³⁵⁹ du VIH/Sida.

Au terme de dix-huit mois d'observation et de suivi, les premiers constats faisaient ressortir quelques disparitions dans l'un et l'autre groupe mais, les individus, du moins ceux qui étaient encore-là, n'étaient jamais passés d'un groupe à l'autre. Les disparitions pouvaient-être expliquées soit par la mobilité occasionnelle essentiellement liée à la recherche du travail ou à la vie familiale des individus souvent appelés à retourner dans leur giron d'origine ; soit par la mobilité naturelle liée au décès des patients séropositifs qui, à Soweto, inondent le cimetière installé en face de l'hôpital Chris Ani Baragwanath. Ces disparitions n'ont toutefois pas affecté les observations globales.

Les premières leçons de ces observations révèlent que, pour les personnes du premier groupe (conseils avant le dépistage), l'usage du préservatif dans les rapports sexuels avec leurs partenaires réguliers et occasionnels au cours de

³⁵⁹ Il faut peut-être préciser que les membres du premier groupe interagissent avec nous et avec leur environnement sexuel sous le choc des résultats du test qu'ils viennent d'effectuer et qui sont négatifs.

la période³⁶⁰ suivant le test de dépistage du VIH/Sida a augmenté. Certes, leur statut sérologique avant et à l'issue de leur test de dépistage était inconnu mais, il n'est pas incongru de conclure que le test de dépistage du VIH/Sida peut, quelque soit son résultat, induire une réelle modification de comportement et de représentation de l'épidémie et du corps. Les individus prennent finalement conscience du fait que l'usage du préservatif lors d'un rapport sexuel soit l'un sinon le moyen le plus efficace de se protéger et de protéger autrui.

Au cours de la même période, le second groupe, celui de ceux qui ont bénéficié de « l'éducation sanitaire de base », rapporte une augmentation de la consommation du préservatif. Mais, elle demeure en moyenne, mathématiquement inférieure à celle du premier groupe. En d'autres termes, si on observe enfin de compte une augmentation de l'usage du préservatif dans les deux groupes, celle-ci est mathématiquement supérieure dans le premier groupe que dans le second. Autrement dit, les individus du premier groupe soumis au counselling avant le dépistage utiliseraient en moyenne plus de préservatifs que ceux du second groupe, participant aux activités régulières de l'éducation sanitaire de base. Le counselling ou le résultat du dépistage qui s'en suit engendre une prise de conscience soudaine du niveau de risque auquel les individus se seraient exposés dans leurs choix de pratiques sexuelles alors que l'éducation sanitaire de base forge les comportements et les habitudes à l'égard de la maladie et du corps, au-delà de l'épidémie de VIH/Sida. Cette distinction éclaire une autre hypothèse.

³⁶⁰ Compte tenu de notre calendrier de thèse, la période d'observation a été limitée à 12 mois. L'enquête a été réalisée en mars 2006 et les résultats ont été recueillis en avril 2007.

En effet, contrairement aux individus sélectionnés au hasard, dans la première enquête sur la perception du virus du VIH/Sida et les représentations de la maladie, qui soulignaient être prêts à transmettre le VIH/Sida si leur résultat se révélait positif, les enquêtés de ces deux groupes de Soweto, insistent sur leur responsabilité à protéger leur partenaire quelque soit leur statut sérologique à l'issue du test de dépistage. On constate ici que les mécanismes permanents de l'éducation à la santé en général induisent plus de changements socioculturels dans la perception et les représentations de la maladie et du corps que les campagnes ponctuelles de sensibilisation. Ces dernières sont d'ailleurs victimes de la mobilité et de l'instabilité de leurs publics alors que dans le second cas, les animateurs s'assurent une certaine régularité du public accompagné.

Par ailleurs, ce qui semble également confirmer l'hypothèse précédente, les individus appartenant au premier groupe, qui avaient accepté le conseil et le test de dépistage du VIH/Sida ont ensuite fait état d'une réduction du nombre de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Cependant, cette réduction de rapports sexuels, rapportée par le premier groupe, rejoint le niveau initial de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels par ailleurs signalé par les individus du second groupe, bénéficiaires de l'éducation sanitaire de base. Ce qui revient à dire que « l'éducation sanitaire de base » qui n'est forcément pas intervenue avec l'action publique de lutte contre le VIH/sida, est un facteur déterminant dans les représentations de la santé en générale. Elle détermine les choix sexuels, la connaissance du risque et la prise de conscience des conséquences des maladies sexuellement

transmissibles³⁶¹.

Enfin, il faut noter que les résultats de cette enquête permettent d'observer les effets réels des conseils et des tests volontaires de dépistage dans les dispositifs de lutte contre le VIH/Sida. En Afrique du Sud comme au Cameroun et au Burkina Faso, l'accès aux conseils est jusqu'à ce jour encore considéré comme la stratégie principale de l'action publique de lutte contre l'épidémie. D'autres résultats peuvent confirmer les bénéfices de l'action publique dans le domaine de l'information, l'éducation et la communication. Par exemple, une personne sur trois déclare avoir déjà fait un test de dépistage en Afrique du Sud, contre une personne sur cinq au Cameroun. Au total, 35% de personnes habitant les quartiers modernes et 29% de ceux qui habitent les quartiers populaires déclarent avoir effectué au moins un test de dépistage du virus du VIH/Sida au cours des cinq dernières années. Au Cameroun, elles sont 23% dans le premier groupe et 19% dans le second. Dans tous les cas, les personnes qui ont eu plusieurs partenaires au cours de ces cinq dernières années sont plus nombreuses à avoir effectué un test que celles qui ont eu un seul partenaire.

³⁶¹ A Soweto, cette pratique d'éducation sanitaire de base est bien antérieure à la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida à l'hôpital Chris Ani Baragwanath.

Section 2

Les politiques d'accès aux traitements antirétroviraux

Les politiques d'accès aux traitements, longtemps reléguées au second plan dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique subsaharienne, ont désormais une place considérable dans les dispositifs nationaux de lutte contre l'épidémie³⁶². On est aujourd'hui très loin de l'époque où les experts internationaux, dans une rhétorique très en phase avec les avancées scientifiques d'alors mais aussi avec parfois un fonds de pensée culturaliste, déconseillaient la mise sous traitement des malades africains.

En fait, pendant cette longue période, les résultats du dépistage de VIH/Sida permettaient simplement de collecter les statistiques sur les taux de séroprévalence et de construire sociologiquement les groupes de populations les plus vulnérables : leur catégorie sociale, leur classe d'âge et leur revenu, etc. En plus, ces données permettaient de mieux coordonner les réponses à l'épidémie, notamment les campagnes de sensibilisation, dans la mesure où elles favorisaient l'identification des besoins spécifiques des populations concernées. Mais, dans cette perspective qui a longtemps été soutenue par la communauté internationale, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida ne prenait pas en compte les souffrances et les besoins thérapeutiques déjà

³⁶² L'hésitation à encourager des politiques d'accès aux traitements en Afrique n'a toujours pas été comme le soulignent plusieurs auteurs le seul fait des orientations internationales en matière du Sida. En Afrique du Sud par exemple, alors que la communauté internationale est convaincue que la lutte contre le sida ne peut plus faire l'économie d'une politique d'accès aux traitements, le gouvernement de Thabo Mbeki s'est longtemps opposé à cette option.

contaminées par le virus. On leur refusait de fait l'accès aux médicaments et donc aux soins de santé. Cette posture était particulièrement justifiée par deux facteurs : le coût plutôt élevé des ARV pour les économies et les malades africains et les complications physiologiques liées à ces premières trithérapies.

Aujourd'hui, les résultats des tests de dépistage servent à orienter enfin les usagers vers les services de soins de santé adéquats³⁶³ :

« Les conseils après le test, lorsque celui-ci est positif, visent à orienter les séropositifs vers les services adéquats pour un traitement éventuel de la tuberculose ou des infections sexuellement transmissibles, la planification familiale et, le cas échéant, pour le traitement des infections opportunistes, la trithérapie antirétrovirale et la prévention de la transmission mère-enfant »³⁶⁴.

Nous nous intéressons dans cette section aux logiques qui ont abouti à la déconstruction des idées culturalistes (1) et à la prévention de la transmission parentale (2).

³⁶³ Dans nos enquêtes nous n'avons pas encore perçu nulle part, les services destinés aux personnes qui après le test de dépistage sont déclarées séronégatives. Nous nous sommes soumis au test dans différents centres en Afrique du sud, au Burkina Faso et au Cameroun sans passer par un conseil ni avant ni après le test. Si au Cameroun et au Burkina Faso nous avons accédé nous même à nos résultats, en Afrique du sud ceux-ci ont été envoyés auprès du médecin ayant prescrit le test de dépistage.

³⁶⁴ Entretien avec le Dr Charles Kouafack à Paris, le 31 mars 2007.

1. La déconstruction des idées culturalistes

La dissuasion des acteurs politiques africains et des agences de coopération internationales n'était pas uniquement le fait d'arguments économiques et financiers. Il y avait également une justification soutenue par une sorte de pensée culturaliste plus ou moins manifeste selon les cas et les auteurs. C'est pour montrer ce qu'il a pu constater comme dérive de la communauté internationale que German Velasquez a entrepris par exemple de critiquer les arguments selon lesquels les pratiques sanitaires en Afrique constituaient un risque pour les malades africains eux-mêmes : ces derniers ne pouvaient pas respecter les exigences des trithérapies, exigences d'autant plus lourdes qu'elles devaient être le fait de médecins spécialisés sur les traitements du VIH/Sida, avec en corollaire une attention particulière aux effets secondaires très nuisibles.

Sur la scène internationale, des arguments culturalistes étaient largement véhiculés autour de la perception et de la représentation du médicament en Afrique. En 2001, Andrew Natsios, alors nommé Administrateur de l'Onusida, n'a pas hésité à en faire usage. Il déclarait en effet que « La lutte antisida devait être presque totalement destinée à la prévention et ne prévoir que très peu, sinon pas d'argent, pour fournir des médicaments antirétroviraux aux personnes atteintes du Sida », avant d'ajouter à propos de personnes vivant avec le VIH/Sida en Afrique :

« Beaucoup d'Africains ne savent pas ce que signifie le temps comme nous, Occidentaux, le concevons. Il faut prendre ces

médicaments à certaines heures chaque jour, sinon ils ne sont pas efficaces. Nombre d'entre eux n'ont jamais vu une pendule ou une montre. Et si vous dites une heure de l'après-midi, ils ne comprennent pas de quoi vous parlez. Ils savent ce que c'est que le matin, le midi ou le soir, ils reconnaissent qu'il fait noir la nuit »³⁶⁵.

Ces arguments n'étaient pas exclusivement le fait d'observateurs non-africains. Ils ont été repris et consolidés dans la rhétorique de l'élite politique sud-africaine.

En Afrique du Sud, Thabo Mbeki a, sur fond de ce type d'analyses, mis en balance les effets secondaires des trithérapies et le bénéfice éventuellement escompté des traitements en termes de santé pour les malades sud-africains, compte tenu non seulement de la toxicité de certaines molécules mais aussi et surtout, des coûts économiques, des cultures locales et des représentations sociales du médicament et du corps. Selon Thabo Mbeki, il y avait un déséquilibre fondamentalement décourageant entre le profit réellement attendu des trithérapies et les conséquences très néfastes sur la santé des personnes vivant avec le VIH/Sida³⁶⁶. En un sens, la « dissidence active »³⁶⁷ du gouvernement sud-africain sous Thabo Mbeki, face aux recommandations de l'OMS sur les politiques d'accès aux médicaments, était fondée sur cette

³⁶⁵ *Le Monde*, 26 juin 2001, cité par L. Achilli et F. Hejoaka, « Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/Sida au Burkina Faso », *Face à Face*, Revue électronique, Université Victor Segalen – Bordeaux II, juin 2005.

³⁶⁶ Entretien avec Denis Matwa à Cape Town, le 17 mai 2007.

³⁶⁷ L'expression est de Fred Eboko. Voir F. Eboko, « Les sociétés africaines face au sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », in *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Yaoundé, Les Grandes Editions, 2005, pp.59-65.

analyse du risque qui, selon lui, semblait plus élevé que le profit.

Aujourd'hui, l'action publique d'accès aux traitements est justifiée par deux types d'arguments : le développement de l'épidémie au cours des longues années de la prévention et la disponibilité des antirétroviraux grâce aux progrès des sciences biomédicales.

A. La nécessaire complémentarité avec les politiques de prévention

On évoque souvent un ensemble de déterminants sociaux liés au temps, à la durée et à la souffrance des malades pour montrer la nécessité de compléter par les politiques de prévention par celles d'accès aux antirétroviraux. En effet, après un peu plus de vingt cinq ans de politiques de lutte contre le VIH/Sida centrées sur la prévention et la sensibilisation, les courbes épidémiologiques continuent à croître. L'Afrique du Sud présentait cette évolution catastrophique des données épidémiologiques avec 18% de personnes séropositives en 2003, au moment où le gouvernement a décidé de produire et de mettre finalement en œuvre l'action publique d'accès aux traitements antirétroviraux. Aujourd'hui, ce pays gère environ 6 millions de personnes vivant avec le VIH/Sida. A cet effet, l'action publique d'accès aux médicaments en Afrique du Sud est apparu comme une modalité politique d'admettre que les traitements et les examens médicaux de l'épidémie de

VIH/Sida pouvaient être inclus dans la catégorie des soins pris en charge par le « medical aid » de l'Etat :

« En conséquence de l'accord de décembre 2003 entre le gouvernement sud-africain et les 'big-pharma' GlaxoSmithKline et Boehringer Ingelheim, l'Etat sud-africain a accepté d'approvisionner tous les hôpitaux publics en traitements antirétroviraux. La très grande majorité des malades dépendent désormais des structures publiques pour se procurer les traitements antisida »³⁶⁸.

Au Cameroun, le gouvernement s'engage à subventionner tous les traitements du VIH/Sida à partir de 2007. Le pays présente alors un taux de séroprévalence estimé à 12%. Par décision du chef de l'Etat, dans son discours à la Nation le 21 mai 2007, à l'occasion de la fête nationale, les antirétroviraux devenaient gratuits pour tous les malades camerounais. En Afrique du Sud et au Cameroun, comme un peu partout en Afrique, le constat était simple : de plus en plus de personnes étaient victimes de l'épidémie. Elles en mourraient très vite ou en étaient devenues handicapées alors qu'ailleurs, en Occident notamment, les traitements antirétroviraux permettaient à de nombreux malades de se maintenir en relatif état de santé et ainsi de continuer à mener une vie sociale normale.

En Afrique, les personnes vivant avec le VIH/Sida étaient obligées de devenir des patients à charge pour leurs familles. L'Afrique du Sud comptait déjà 6

³⁶⁸ Propos de Denis Matwa, Cape Town, le 17 mai 2007.

millions de personnes infectées par le VIH dont un peu plus de 2 millions se trouvaient à l'état de la maladie du Sida. De ce fait, ces malades qui ne pouvaient pas accéder aux traitements et soumis à de nombreuses contraintes sociales et familiales étaient exposés à la discrimination et à la stigmatisation en tant que personnes vivant avec le VIH/Sida ; de plus en plus de salariés étaient obligés de prendre de longs congés ou de quitter définitivement leur emploi parce que fatigués par les effets de la maladie³⁶⁹ ; de plus en plus de gens mouraient très vite par manque de traitements et de suivi médical³⁷⁰ ; de plus en plus de personnes devaient quotidiennement combattre les effets du virus : déformation physique, diarrhée, etc. ; ces malades ne pouvaient pas bénéficier des traitements alors que ceux-ci étaient disponibles dans les pays développés et permettaient d'apaiser la souffrance physique, de se maintenir en relative santé, de continuer à vivre avec le virus sans mettre fin à leur activité professionnelle, etc.

Les traitements de VIH/Sida permettent aujourd'hui aux personnes malades de bénéficier de quelques années de vie, de continuer de se rendre utile et ainsi de ne pas être des personnes à charge. A AAS au Burkina Faso, elles bénéficient d'un fond destiné aux activités génératrices de revenus lorsqu'elles ne peuvent pas accéder à l'emploi. De telles activités soutiennent et encouragent également la réinsertion socio-économique des personnes vivant avec le VIH/Sida à travers l'octroi de microcrédits. Sur le plan collectif, AAS mènent également des activités créatrices d'emploi et de

³⁶⁹ F. Lisk, *Global Governance and HIV/AIDS*, New York, WhatWorks Inc, 2005.

³⁷⁰ S. de Haro, *Le sida en Afrique. Des réponses associatives*, Toulouse, Les Essentielles Milan, 2003.

revenus pour les personnes vivant avec le VIH/Sida. C'est le cas de Cybercafé « K@pote.com », des « café santé » ou des ateliers de couture.

Ce premier type d'arguments pour l'accès aux soins et aux traitements estime en fin de compte que, face à l'augmentation rapide de cas de personnes vivant avec le VIH/Sida, « les politiques de prévention ne sauraient suffire puisqu'elles constituent un échec au regard des taux de contamination qu'elles n'ont pas permis de maîtriser »³⁷¹.

B. Les progrès des sciences biomédicales

Comme une conséquence de cette première argumentation, un autre type d'arguments critique la tendance qui consiste à exclusivement promouvoir l'action de prévention³⁷² à l'heure où les malades sont de plus en plus nombreux et où les progrès des recherches biomédicales permettent d'atténuer leur souffrance par des traitements. Il semble donc injustifié aux tenants de cette expertise de continuer d'« oublier les malades en continuant à

³⁷¹ P. Benkimoun, *Mort sans ordonnance*, Hachette Littérature, Paris, 2002. p.78.

³⁷² On se souviendra de l'orthodoxie des déclarations du gouvernement américain de G. Bush insistant sur la prévention et de ce fait, refusant d'apporter un soutien financier au Fonds mondial de lutte contre le Sida dont les priorités semblaient être le financement des programmes d'accès aux traitements dans les pays pauvres.

croire aux seules vertus de la prévention et du préservatif »³⁷³.

Aujourd'hui, et au prix d'un combat politique et idéologique en Afrique du Sud notamment, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida est en grande partie orientée vers la mise sous traitement des personnes vivant avec le VIH/Sida. Depuis 2003, tous les malades sud-africains ont accès aux traitements grâce à l'aide médicale de l'Etat. C'est également le cas au Burkina Faso où les médicaments sont plutôt distribués à moindre coût par les réseaux associatifs. En 2005, AAS a enregistré 414 nouveaux cas de personnes vivant avec le VIH/Sida en besoin de traitements. Ce qui ramène sa file active à environ 1900 personnes vivant avec le VIH/Sida bénéficiaires des traitements offerts par AAS. 95% de ces personnes ont été dépistées par le Centre Oasis géré par AAS.

En 2002 déjà, le Burkina Faso a consacré 64% de son budget de la santé aux traitements du VIH/Sida. Aujourd'hui, cette enveloppe représente seulement 35% mais, elle est largement complétée par de nombreux soutiens financiers extérieurs : initiative PPTE, Esther, MAP, TAP, Projet d'appui à la lutte contre le VIH/Sida du FAD, Croix Rouge Française, Fonds mondial, Médecins Sans Frontière, Projet de Renforcement des Services de Santé, Société TAN ALIZ, etc. En fin 2007, le gouvernement camerounais a également lancé le programme d'accès gratuit aux traitements du VIH/Sida pour tous. Tous ces programmes devaient améliorer la prévention de la transmission parentale du virus du Sida.

³⁷³ P. Benkimoun, idem, p.80.

2. La prévention de la transmission parentale

Les orphelins du fait de VIH/Sida et les enfants victimes de VIH/Sida constituent aujourd'hui une problématique sociale au cœur de l'action publique de lutte contre l'épidémie. Au Burkina Faso, 26% de nourrissons nés de mère séropositive héritaient de VIH/Sida à la naissance³⁷⁴. Ils étaient 38% en Afrique du Sud³⁷⁵. Les politiques de prévention de la transmission parentale tentent de répondre à cette problématique. Elles concernent essentiellement le rapport de la mère à l'enfant. En l'occurrence, il s'agit de la prévention de la transmission périnatale, c'est-à-dire de la transmission du virus au nouveau-né par la mère. L'infection périnatale par le virus de VIH/Sida survient à trois moments : durant la grossesse, pendant l'accouchement ou au moment de l'allaitement.

Cependant, l'action de prévention de la transmission parentale semble exclusivement stigmatiser le rôle et la place de la femme dans cette transmission. Sous ce rapport, elle l'expose à tous les types de rejet social qui entourent déjà la maternité en Afrique. Dans les discours qui accompagnent cette action, on observe que la transmission au nouveau-né est essentiellement rattachée à la maternité quand bien même la femme aurait été infectée par le rapport sexuel qui a engendré la grossesse. En réaction à cette posture de culpabilisation et pour tenir compte du rôle éventuel du père dans cette transmission, on évoque parfois la notion de la « transmission

³⁷⁴ Rapport 2005 du Programme PPTE, Ouagadougou, décembre 2005.

³⁷⁵ Dorrington R. and al., *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa. National and Provincial Indicators for 2006*, Cape Town, Centre for Actuarial Research, 2006.

parentale »³⁷⁶. Selon le Professeur Sinata Koula Shiro, ancien secrétaire permanent du Groupe technique central du CNLS camerounais, le concept englobant de transmission parentale par lequel peut être désignée « la responsabilité partagée » des deux géniteurs, représente un thème majeur dans le cadre du « counselling » pour l'accompagnement de nombreux couples victimes de VIH/Sida³⁷⁷.

Sarah de Haro souligne pour sa part que « l'implication du conjoint évite l'isolement de la future maman, aide à la bonne observance du traitement et à l'acceptation familiale de l'allaitement artificiel (...) Cela permet enfin une continuité de la prise en charge de l'enfant, de la mère et du père (...) et renforce le statut de la femme au sein de sa famille »³⁷⁸.

L'action publique en matière d'accès aux traitements ne peut faire l'économie de ces débats. D'autres praticiens, au rang desquels le Docteur Mutashe Malongo³⁷⁹, ont d'ailleurs estimé que la discussion sur les stratégies et l'action publique de traitements en faveur des femmes séropositives enceintes, nécessitent l'usage sans masque de l'expression « prévention de la transmission de la mère à l'enfant ». De fait, selon cette perspective, il s'agit moins de protéger la femme séropositive que de prévenir la contamination de

³⁷⁶ On se réfère à la Communication du Professeur Sinata Koula Shiro à la 4^{ème} Conférence Francophone sur le Sida, Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette, Paris, du 29 au 31 mars 2007.

³⁷⁷ On peut également se référer au récit de Ntombi rapporté par Frédéric Le Marcis. Voir, F. Le Marcis « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges d'un Township » in D. Fassin (dir.), *Afflictions : l'Afrique du Sud, de l'apartheid au Sida*, Paris, Kathala, 2004.

³⁷⁸ Sarah de Haro, *Le sida en Afrique. Des réponses associatives*, Les essentiels Milan, Toulouse, 2003, p.44.

³⁷⁹ Entretien de mars 2006 à l'Hôpital Chris Ani Baragwanath de Soweto.

l'enfant qu'elle porte. En plus, cette expression est celle qui tient le mieux compte de déterminants biologiques du fait que l'enfant soit réellement en communion avec sa mère au cours de sa gestation. L'action publique de lutte contre le VIH/Sida est en l'espèce envisagée pour prévenir la contamination de l'enfant par le virus de VIH/Sida contracté par la femme enceinte. La règle est donc, grâce à un dépistage et un suivi médical approprié, d'éviter la transmission du virus à l'enfant lorsqu'une femme séropositive est enceinte.

Au Cameroun, l'infection périnatale par le virus de VIH/Sida survient chez plus de 40% de bébés nés de mères séropositives³⁸⁰. Environ 33% à 50% de ces infections surviennent durant l'allaitement : « Ces transmissions peuvent être prévenues par la prescription en fin de grossesse d'un seul antirétroviral à base de l'AZT ou de la Névirapine, suivi d'un allaitement artificiel. Ces médicaments sont d'un emploi simplifié et donc facile »³⁸¹. En plus, leur coût était très dérisoire, 1200 FCFA soit un peu moins de 2 euros avant qu'ils ne deviennent gratuits. L'accès à ces programmes s'est considérablement généralisé grâce à la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Au Cameroun, la Fondation Chantal Biya, du nom de l'épouse du Chef de l'Etat qui en est la fondatrice, s'assure essentiellement de l'approvisionnement des centres de santé en antirétroviraux. Elle finance également des programmes spécifiques pour les femmes enceintes dépistées séropositives.

³⁸⁰ Rapport du Ministère de la Santé en 2005.

³⁸¹ Entretien avec le Dr Charles Kouakack à Yaoundé, le 16 janvier 2005.

Par contre, diverses stigmatisations freinent encore les dynamiques médicales progressivement construites autour des stratégies et des politiques destinées à la prévention périnatale. Au Cameroun et au Burkina Faso, l'allaitement maternel, souvent pratiqué devant les visiteurs, relève des habitudes sociales et des méthodes traditionnelles d'accompagnement du nouveau-né. Les familles, mais aussi, la société dans son ensemble, prennent pour « anomalie » le fait qu'une femme décide finalement de ne pas allaiter avec son lait maternel. Les visiteurs qui ne parviennent pas à se représenter un autre mode d'allaitement que le lait maternel, trouvent injustifié voir inacceptable qu'une femme refuse son lait à son bébé. Du coup, pour se l'expliquer, « les oreilles s'ouvrent » à une éventuelle contamination de la mère par le virus du VIH/Sida³⁸².

Pourtant, au cours de ces dernières années, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida a considérablement été tournée vers la prise en charge des femmes enceintes, entraînant du même fait, une réelle amélioration globale des services de santé maternelle. Dans la plupart de centres de santé maternelle en Afrique du Sud mais aussi au Cameroun et au Burkina Faso, les autorités sanitaires ont procédé au recrutement du personnel formé à cet effet, à la rénovation des infrastructures sanitaires et la coordination des services de soins. On note dans la plupart des centres hospitaliers, au Cameroun comme au Burkina Faso et en Afrique du Sud, la création de mécanismes spécifiques d'accompagnement de femmes séropositives avant, pendant et après l'accouchement.

³⁸² On se réfère ici au témoignage de la Présidente du Programme National de lutte contre le Sida au Burundi, elle-même séropositive et mère d'un enfant.

Ces avancées n'excluent pas pour autant la nécessité ressentie d'améliorer certaines politiques, notamment celles dévolues à la protection des orphelins victimes de la disparition précoce de l'un ou des deux parents du fait du VIH/Sida afin qu'ils n'en subissent pas les conséquences négatives.

A ce sujet, Sarah de Haro constate que « les enfants paient un lourd tribut à l'épidémie de Sida en Afrique. En 2001, ils étaient 12 millions à avoir perdu un ou deux parents. A ce chiffre, il faut ajouter près de 3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH, presque tous en bas âge, contaminés à leur naissance »³⁸³.

³⁸³ S. de Haro, *Le sida en Afrique. Des réponses associatives*, Op. cit., p.46.

Chapitre 6 -
LA DISTRIBUTION DES ANTIRETROVIRAUX

Les avancés politiques au cours de ces dernières années, encouragées par une certaine économie morale de la santé, n'échappent pas un certain nombre d'interrogations qu'il convient sociologiquement de formuler sur l'action publique en matière des traitements de VIH/Sida. De telles interrogations peuvent en partie porter sur le fait que les traitements de VIH/Sida reposent jusqu'à ce jour sur des « prescriptions médicale à vie » et donc sur une action publique dans la longue durée capable par ailleurs d'intégrer d'autres préoccupations des victimes³⁸⁴.

Le choix du médecin de mettre un séropositif sous traitement entraîne une prescription quotidienne d'au moins deux molécules dans le but fondamental de supprimer la réplication virale. Lorsqu'ils sont « correctement » suivis, ces traitements réduisent la charge virale et favorisent ainsi la récupération du système immunitaire mis à rude épreuve par la présence du virus dans l'organisme³⁸⁵. Le but est d'améliorer l'état général de la santé des personnes infectées par le VIH/Sida.

Chez certains individus, la « pratique à vie » de ce régime médical permet un état de santé « normal » même si le virus de VIH/Sida reste encore présent dans l'organisme. C'est effectivement là le nœud des préoccupations en

³⁸⁴ Les traitements disponibles jusqu'en 2008 ne guérissent pas du VIH/Sida mais ils contraignent les séropositifs à une rigueur thérapeutique qui affrontent les habitudes sociales.

³⁸⁵ Développements du Dr Charles Kouafack, lors de l'entretien du 16 janvier 2005 à Yaoundé.

termes politiques. La prescription de certains antirétroviraux se révèle ontologiquement éprouvante à cause non seulement du fait qu'il faut les consommer quotidiennement mais aussi en suivant strictement la posologie médicale. Ce chapitre tente d'analyser les défis socio-anthropologiques de la généralisation des traitements antirétroviraux (section 1) et quelques difficultés à générer les réseaux de distribution de ses antirétroviraux (section 2).

Positionnement panoramique du sixième chapitre

L'ACTION PUBLIQUE DU MEDICAMENT A L'EPREUVE DES FAITS SOCIAUX

Section 1

La généralisation des traitements antirétroviraux



Section 2

La gestion des réseaux de distribution des antirétroviraux

Section 1

La généralisation des traitements antirétroviraux

Nombreuses préoccupations résultent de la gestion et de la distribution des médicaments. Dans certains pays comme le Cameroun, pour éviter la contrebande et l'emprise des réseaux informels voire illicites sur la distribution de médicaments³⁸⁶, le gouvernement a choisi de sélectionner quelques centres agréés pour la distribution spécifique des antirétroviraux. Or, cette démarche fait que finalement l'accès aux médicaments de VIH/Sida ne soit pas garanti à toutes les catégories sociales concernées. Il y a par exemple les pensionnaires séropositifs des milieux carcéraux qui rencontrent des difficultés de toute sorte pour accéder aux points agréés de distribution des antirétroviraux.

A côté de ces préoccupations spécifiques, cette section s'attache aux difficultés liées à l'adéquation avec les revenus des personnes vivant avec le VIH/Sida (2) et au statut des individus « séro-ignorants » (3) dans l'organisation et la gestion des réseaux nationaux de distribution des traitements antirétroviraux.

³⁸⁶ On peut ici se référer au bulletin de l'APAD, numéro 17 consacré au système de santé du Cameroun. Voir, M.-E. Gruénais (dir.), « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », *Bulletin de l'APAD*, 2001.

1. La perpétuation des inégalités dans les traitements du VIH/Sida

De fait, la population carcérale et la population paysanne de localités enclavées sont aujourd'hui parmi les catégories sociales les plus discriminées par l'action publique du médicament. Il n'est pas bon dans ce contexte d'être séropositif et de se retrouver en prison ou de vivre en milieu rural. En milieu carcéral, le statut de séropositif est un châtement de plus, à côté de la déshumanisation de la prison. L'un des responsables de la prison centrale de Yaoundé, à Kondengui³⁸⁷, avoue n'être « jamais préoccupé par ces choses-là ». Pour lui, un séropositif « n'a qu'à bien se tenir ». On sait bien ce que cela peut signifier dans un contexte où être prisonnier est déjà un acte de renoncement à ses droits individuels. En milieu carcéral, on peut également s'interroger sur la confidentialité qui seule protège de la stigmatisation et de la discrimination.

Les inégalités sont également remarquables dans la couverture nationale des réseaux de distribution des traitements. A l'Est du Cameroun, par exemple, il n'est pas bon d'habiter à Doumé ou à Lomié lorsqu'on est séropositif. Car, il faut parcourir plusieurs kilomètres pour se rendre à Bertoua où se trouve l'unique centre de traitement agréé pour la province de l'Est.

Sous ce rapport, il semble très accablant pour le gouvernement d'affirmer une politique d'accès aux traitements pour toutes les personnes

³⁸⁷ Entretien de février 2005.

vivant avec le VIH/Sida. En réalité, l'action publique n'entraîne pas de grosses dépenses publiques, puisque seule une faible proportion de personnes concernées pourra réellement revendiquer et accéder à ce nouveau droit. Jusqu'à ce jour, les débats se focalisent sur les moyens à mettre en œuvre pour baisser les coûts des médicaments, éludant toutes ces questions corollaires qui ne semblent pas interpeller les bailleurs de fonds et les partenaires des programmes multilatéraux d'accès aux traitements. Les préoccupations sont plutôt orientées vers les coûts car, ils sont « persuadés que le coût prohibitif des traitements les rendrait inaccessibles à l'Afrique »³⁸⁸.

Au début de la campagne pour l'accès aux soins, les militants du Nord et même ceux du Sud, dénonçaient les inégalités sociales Nord-Sud en matière de traitements³⁸⁹. Pour eux, les politiques d'accès aux médicaments du VIH/Sida étaient devenues le révélateur de ces inégalités dans la mesure où les médicaments étaient disponibles au Nord sans frais pour les patients, puisque ils étaient remboursés par le traditionnel système de sécurité sociale alors qu'au Sud, à défaut de mécanismes publics de couverture sociale collective, les médicaments n'étaient pas disponibles.

Aujourd'hui, les médicaments sont également disponibles et gratuitement

³⁸⁸ On se réfère au texte des accords que la Fondation William J. Clinton vient de signer avec UNITAID pour obtenir la réduction des prix des traitements de seconde ligne des antirétroviraux dans 66 pays en développement. Voir, William J. Foundation, The Clinton Foundation in Partnership with UNITAID annonce « Next Generation » HIV/AIDS Treatment Now Less Than \$1 A Day, Newsroom, New York, May 8, 2007, www.clintonfoundation.org, consulté le 10 mai 2007.

³⁸⁹ On lira Paul Benkimoun, Op. cit.

distribués en Afrique du Sud et au Cameroun et, à moindre coût, au Burkina Faso. Mais, les dynamiques de l'action publique du médicament y font apparaître une nouvelle cartographie de distribution qui met en lumière un autre type d'inégalités. A partir de là, on constate que l'action publique du médicament rend désormais compte d'un nouveau type de violence ou de rapports sociaux, dont la domination est fondée sur les critères plus ou moins objectifs d'appartenance sociale. En ce sens, il y a plus de possibilités d'être traité à moindre coût lorsqu'on est en milieu urbain plutôt qu'en zone rurale.

L'action publique de lutte contre le VIH/Sida repose ainsi sur une sorte de violence rampante dans les Etats africains. Elle cristallise et nourrit les inégalités structurelles entre la métropole et les villes secondaires qui lui font organiquement concurrence. La métropole, symbole de la centralité du pouvoir et des institutions, concentre aujourd'hui non seulement les centres de soins de santé mais aussi, les points d'accès à l'information sur le VIH/Sida et les centres de traitements agréés. En 2007, au Cameroun, 16 des 23 CTA se retrouvaient essentiellement dans 3 provinces : le Centre (Yaoundé), le Littoral (Douala) et le Sud (Ebolowa). Les 7 autres provinces devaient se partager 7 CTA soit un CTA par province. Pourtant, la carte épidémiologique montre que la différence en termes de surveillance épidémiologique et en besoin de traitement ne justifie pas cet écart. Le milieu urbain représente 6% des taux de séroprévalence et le milieu rural, 4%. Les mêmes constats se font au Burkina Faso où les Centres d'accès aux traitements sont en majorité installés à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso.

En Afrique du Sud, malgré les avancées de la décentralisation et le

renversement des statistiques qui montrent que l'épidémie est encore en progression dans les Townships, les centres d'accès aux soins de santé et à l'information sur l'épidémie de VIH/Sida sont concentrés dans les principales villes métropolitaines : Johannesburg, Pretoria, Cape Town et Durban. Paradoxalement, les personnes concernées ou du moins les plus exposées au virus de VIH/Sida vivent dans les zones périphériques, giron familial, moins agressifs du point de vue de la destruction des liens sociaux mais beaucoup plus exposés à la stigmatisation et à la discrimination qui caractérisent les townships et les milieux ruraux. Ces zones périphériques plutôt violentes sont désertées par les agents publics. Ce qui revient à dire, comme c'est d'ailleurs très manifeste à Soweto, à Alexandra ou à Khayelitsha, que la grande majorité de la population susceptible de bénéficier des stratégies de conseil et des médicaments n'y accède que très difficilement. Pour le cas de Soweto, on pourra évoquer le caractère délétère et en négligé du service public de VIH/Sida à l'Hôpital Chris Ani Baragwanath où le bureau du spécialiste en conseils sur l'épidémie est logé dans une petite salle sous les escaliers alors que ce centre hospitalier est, selon les agents du ministère de la santé, « le plus important d'Afrique du sud » et, même au-delà, d'Afrique « si on se réfère à ses capacités d'accueil et à ses infrastructures »³⁹⁰.

En même temps, et ce n'est pas exclusif à l'épidémie, les services publics de VIH/Sida en milieu rural souffrent encore d'une insuffisance très marquée de personnels techniques et de conseillers qualifiés. Il y a peu ou presque pas de psychologues capables d'assurer le suivi et l'accompagnement psychosocial

³⁹⁰ Commentaire de Mudishe Tsepo, Médecin en poste au Ministère de la santé à Pretoria.

de personnes vivant avec le VIH/Sida, qui s'évaporent d'ailleurs dans la nature après la découverte de leur statut sérologique.

Dans la rétribution des leaders associatifs, ce critère d'espace glisse vers un autre critère relatif au statut et au rôle des individus au sein du mouvement de lutte contre le VIH/Sida. En effet, les administrateurs de programmes publics d'accès aux soins connaissent généralement les « vrais militants, ceux là qui attendent depuis des années et qui ont poussé les pouvoirs publics à agir pour que les traitements soient disponibles dans le pays »³⁹¹.

Aux inégalités classiques Nord-Sud, l'action publique du médicament substitue progressivement d'autres types d'inégalités internes au Sud, tributaires de positions et de capacités individuelles à capter les ressources médicales de plus en plus disponibles dans les espaces de lutte contre le VIH/Sida. C'est une sorte de « brimade » qui, à court terme, peut déboucher sur des difficultés de gestion de stocks de médicaments ou sur un trafic d'influence « clientéliste » au sein des structures publiques et associatives de distribution des traitements.

D'un point de vue anthropologique, l'action publique du médicament pose quelques problèmes à la représentation sociale de la maladie. L'inaction sur les politiques du médicament se fondait notamment sur les questions sociales

³⁹¹ Témoignage d'un militant camerounais rencontré à Paris à l'occasion de la 4^{ème} Conférence Francophone sur le Sida, Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette, du 29 au 31 mars 2007.

corollaires à l'épidémie : « alors qu'il y a lieu de se demander si les populations africaines déjà tourmentées par les incertitudes quotidiennes du bien-être social, seraient en mesure de suivre rigoureusement les prescriptions médicales des antirétroviraux »³⁹². D'autres s'interrogeraient sur le profil et les qualifications des personnels soignants locaux qui n'auraient pas la formation adéquate « pour prescrire les médicaments, ou que les centres de soins ne pouvaient pas effectuer tous les examens nécessaires pour surveiller la réponse de l'organisme »³⁹³. Les politiques conduites ces dernières années ont essayé d'exporter l'expertise des partenaires du Nord non pas pour la transposer aux réalités africaines mais plutôt pour la réinterpréter en fonction du contexte et des outils empiriques disponibles dans un environnement social précis, partout en Afrique.

Les premières victoires et peut-être aussi les plus connues, ont été obtenues grâce au militantisme de la TAC en Afrique du Sud et de l'AAS au Burkina Faso. Ces deux associations ont eu une grosse influence sur les décisions politiques de leurs pays respectifs. La TAC a par exemple conduit le gouvernement de Thabo Mbeki à affirmer sa politique d'importation des génériques et leur distribution à un prix très modeste à l'ensemble de malades en Afrique du Sud : « il est possible de créer de véritables filières de soin qui fonctionnent, en alliant malades et personnel médical, hôpitaux et

³⁹² Docteur Mutashe Malongo, entretiens de mars 2006 à Soweto.

³⁹³ S. de Haro, *Le sida en Afrique. Des réponses associatives*, Les essentiels Milan, Toulouse, 2003.

centres associatifs »³⁹⁴.

2. L'inadéquation des revenus des personnes sous traitement

L'action publique d'accès aux traitements souffre également de l'inadéquation entre les revenus de personnes vivant avec le VIH/Sida et les besoins réels de tous les individus en termes de santé. Leurs revenus plutôt faibles ne leur permettent pas d'accéder aux dispositifs nationaux de soins. Il faut dire que les soins de santé relatifs à l'épidémie de VIH/Sida ne sauraient, comme on le croit très souvent, se limiter aux seuls traitements antirétroviraux. Dans cette optique, on n'oublie souvent de prendre en compte un ensemble très complexe et varié d'examens biologiques mais aussi de soins annexes des infections opportunistes qui se développent à côté des préoccupations de VIH/Sida. Ces infections engendrent encore des consultations médicales payantes, avec de multiples analyses médicales et radiologiques très onéreuses.

Les préoccupations sanitaires les plus onéreuses sont encore traitées, dans plusieurs cas, comme des actes médicaux ordinaires et ne sont donc pas intégrées dans les dispositifs exceptionnels de prise en charge de

³⁹⁴ Ibid.

médicaments de VIH/Sida. Si en Afrique du Sud, la gratuité s'étend sur les actes médicaux et les traitements, au Cameroun elle concerne exclusivement les traitements antirétroviraux alors qu'au Burkina Faso, elle n'existe que dans les réseaux associatifs. Dans une circulaire du 8 janvier 2008, dont la copie a été publiée sur le site d'Act-Up à Paris³⁹⁵, le CNLS du Cameroun demande par exemple aux centres de santé de multiplier par 7 le prix des examens biologiques effectués par les personnes vivant avec le VIH/Sida afin d'équilibrer son déficit budgétaire pour l'année précédente.

En plus, les antirétroviraux sont très souvent accompagnés d'effets secondaires ainsi que de nombreuses complications biomédicales, parfois difficiles à traiter.

Comme le souligne le docteur Tardy, « après une période de quelques années où effectivement la qualité de vie redevient progressivement normale, on arrive souvent à un carrefour marqué par une saturation : soit les patients interrompent volontairement le traitement ; soit par habitude, ils développent une résistance aux traitements. On constate alors une augmentation de leur charge virale. Il y a également la situation de ceux qui sont presque obligés d'arrêter leurs traitements à cause des effets secondaires qui deviennent très difficiles à vivre. A ce moment réapparaissent les infections

³⁹⁵ Voir le site Internet de Act-Up Paris, <http://www.actupparis.org/article3297.html>

opportunistes et les risques de résistance thérapeutique »³⁹⁶.

A ce sujet, les outils d'accompagnement développés par les unités publiques de lutte contre le VIH/Sida avec l'appui des milieux associatifs autour de la surveillance thérapeutique et de l'éducation aux médicaments, essaient non pas d'éradiquer les contraintes des traitements mais de renforcer les réussites médicales.

Enfin, on ne le méconnaît que très souvent, le VIH/Sida apparaît dans un contexte de modernité qui déstructure les liens sociaux en Afrique. En d'autres termes, on observe qu'à l'heure du VIH/Sida, les sociétés africaines vacillent profondément entre le désir de la modernité qu'elles ne conquièrent pas et la perte de la tradition sociale africaine qu'elles ne retrouvent plus. La jonction entre ces deux pôles crée une situation de désordre dans l'ordre social habituel si bien qu'en septembre 2007 auprès de personnes sous traitements à l'hôpital Chris Ani Baragwanath de Soweto que le contexte de précarité collective, la déstructuration des mécanismes traditionnels de solidarité et l'insuffisance voire l'inexistence des mécanismes institutionnels (ou mieux modernes) de solidarité, influaient négativement sur les perceptions du médicament et les bénéfices à escompter des politiques de gratuité des médicaments. L'administration correcte des médicaments gratuitement obtenus en dépend. Car, même sous les effets de la gratuité, l'accès aux traitements se limite à une classe moyenne largement inférieure à

³⁹⁶ Entretiens de décembre 2004 avec le Docteur Tardy. Spécialiste du VIH/Sida au Cameroun, le Docteur Tardy est en poste à « l'hôpital de jour », service du VIH/Sida de l'Hôpital central de Yaoundé et au Centre Chantal Biya à Yaoundé. Elle collabore également à plusieurs programmes du CNLS.

la moyenne de personnes vivant avec le VIH/Sida. Les individus doivent d'abord avoir un certain niveau d'éducation afin qu'ils connaissent les droits dont ils sont désormais détenteurs, compte tenu des nouveaux engagements des gouvernements à rendre gratuits les médicaments du VIH/Sida.

Or, il est aujourd'hui établi que le VIH/Sida, en Afrique du Sud et même au Cameroun et au Burkina Faso, est une maladie des pauvres ou du moins des classes sociales les plus défavorisées. En Afrique du Sud, nous les avons rencontrés dans les townships et les bidonvilles insalubres où ils se tassent et regardent les grandes villes avec mépris³⁹⁷. Il est presque difficile de mettre tous les séropositifs sous traitement dans la mesure où la grande majorité d'entre eux reste innommable ou inaccessible par défaut de communication. Il y a d'autres aspects que l'action publique de lutte contre le VIH/Sida ne perçoit pas encore comme, par exemple, les besoins nutritionnels exceptionnellement engendrés par l'administration des traitements et la méconnaissance des statuts sérologiques des individus.

³⁹⁷ On lira le texte de F. Le Marcis, « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges d'un township » in D. Fassin (dir.), *Afflictions : L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Op. cit.

3. Le statut des individus « séro-ignorants »

Selon les estimations du ministère de la santé sud-africain³⁹⁸, la plupart de personnes séropositives en Afrique du Sud sont encore non seulement « séro-ignorants », c'est-à-dire qu'elles ne connaissent pas encore leur statut sérologique mais aussi elles sont sans éducation de base et souffrent d'une faiblesse de revenu qui les éloigne des préoccupations primaires en matière de santé. Ces individus découvrent souvent leur statut sérologique au stade de développement critique de la maladie.

Dans ce contexte, les Centres de veille sanitaire ont fait de la communication et de l'incitation au dépistage l'élément fondamental de leur plan stratégique d'accès aux traitements antirétroviraux. Le but est d'encourager les populations à effectuer le dépistage pour connaître tôt leur statut épidémiologique et le cas échéant, bénéficier des traitements à un moment où l'évolution du virus peut encore être contrôlée. Ces préoccupations sont prises en compte dans les stratégies de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun où le docteur Kouafack souligne :

« l'objectif est d'augmenter le nombre des dispensateurs de services offrant systématiquement le conseil aux dépistages volontaires dans les structures sanitaires ainsi que dans les lieux non médicalisés comme les regroupements villageois, les associations, les écoles, les Eglises, les entreprises et autres lieux

³⁹⁸ Ces éléments sont issus des entretiens que nous avons conduits au Ministère de la Santé à Pretoria, du 17 au 24 avril 2007. Mais, les agents interrogés à cette occasion ont fortement insisté sur leur souhait d'être des sources anonymes.

plus ou moins communautaires de socialisation quotidienne »³⁹⁹.

Au Burkina Faso, les politiques nationales s'appuient sur le conseil systématique aux femmes enceintes dans le processus d'accompagnement prénatal. C'est également le cas au Cameroun où les rapports du Comité national de lutte contre le VIH/Sida, confirmés par les pratiques du Centre Chantal Biya, notent que le conseil s'est révélé plus efficace que le dépistage obligatoire du VIH pour promouvoir les comportements sexuels responsables et réduire les autres risques associés à la transmission de l'épidémie. Mais, en Afrique du Sud, on note que la pénalisation progressive de la transmission de VIH/Sida ralentit les demandes individuelles d'accès au dépistage.

Pour la plupart de praticiens et d'usagers, les politiques de conseil constituent la principale modalité individuelle et collective d'accès aux services publics destinés au VIH/Sida, surtout dans un contexte épidémiologique marqué par de nouvelles politiques nationales d'accès aux médicaments antisida qui accroissent le besoin en conseils pour le test de dépistage et le suivi médical.

En effet, comme le note le docteur Kouafack : « Les antirétroviraux ne sont pas utiles si les individus continuent d'ignorer leur statut sérologiques. Les conseils accompagnent les politiques d'accès aux médicaments de sorte que les individus soient soutenus, suivent correctement leur traitement sans interruption volontaire et puissent être entendus pour surmonter les effets secondaires indésirables. On doit envisager

³⁹⁹ Docteur Kouafack est épidémiologiste en service à l'Hôpital de jour de Yaoundé.

avec précision les bénéfices ou les inconvénients des conseils dans le cadre de la vie familiale et de couples pour l'observance des traitements dans un contexte de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH »⁴⁰⁰.

En effet, les praticiens concernés par ces politiques envisagent un scénario qui encouragerait les individus à connaître leur statut épidémiologique grâce au dépistage volontaire. Pour cela, il faut renforcer les conseils des leaders d'opinion convenablement formés et dans des lieux conviviaux capables de garantir la confidentialité et le respect de l'intimité des séropositifs.

Section 2

La gestion des réseaux de distribution des antirétroviraux

Les estimations récentes de l'OMS montrent que le marché mondial de la santé et du médicament brasse environ plus de trois mille milliards de dollars chaque année⁴⁰¹. A cet effet, il intéresse et entretient non seulement la grande criminalité internationale mais aussi, les fraudeurs de petite taille qui quotidiennement tentent de s'enrichir dans les réseaux transnationaux et

⁴⁰⁰ Entretien du 30 mars 2006 à Paris, à l'occasion de la 4^{ème} Conférence Francophone sur le Sida qui s'est tenue du 29 au 31 mars 2007 à La Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette.

⁴⁰¹ OMS, Rapport 2007.

nationaux de soins et de distribution des médicaments. L'accès aux antirétroviraux apparaît dans cet environnement profondément déréglementé ou du moins dans lequel les individus ont construit des mécanismes d'évitement de la règle. Comme le montre Jean-Pierre Olivier de Sardan⁴⁰², toutes les corporations sont aujourd'hui concernées par la tendance de corruption qui mine le secteur de la santé : infirmiers, médecins, administrateurs et personnel associatif. Tous détournent parfois des fonds, du matériel ou même le médicament à des fins d'enrichissement personnel.

Au Cameroun, par exemple, dans certains centres de soins publics, les personnels soignants font parfois payer des services officiellement gratuits ou distribuent des contrefaçons de médicaments obtenues sur des marchés parallèles, au mépris des malades et des contribuables. En Afrique du Sud, les cliniques privées pratiquent parfois des tarifs à la « tête du client » alors que les assureurs sont lents à procéder aux remboursements, proposant parfois des formulaires de demande de remboursement ayant plutôt vocation à décourager les assurés. A l'inverse, il y a aussi des situations non moins négligeables dans lesquelles les patients prennent eux-mêmes l'initiative de corrompre les personnels soignants par la rétribution financière directe. Dans une enquête réalisée sous la direction de Jean-François Médard dans les services de santé au Cameroun, nous avons décrit ces pratiques des « petits cadeaux »⁴⁰³. Selon les praticiens, médecins et infirmiers, rencontrés à cette

⁴⁰² Sur les dysfonctionnements de services de santé en Afrique, on lira Jean-Pierre Olivier de Sardan. Voir J.-P. Olivier de Sardan, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », in *Autrepart*, n°20, Paris, IRD/Armand Colin, 2001, pp. 61-73.

occasion, il est socialement difficile pour le personnel soignant de refuser ces cadeaux. Lorsqu'un médecin ou un infirmier refuse le cadeau, le patient peut en déduire une situation sanitaire grave pour laquelle il n'aurait qu'une chance minimale d'en guérir⁴⁰⁴. Cette représentation de la relation soignant-soigné peut de fait avoir une répercussion sur l'issue de la démarche de soin.

Par ailleurs, d'autres contraintes altèrent le rapport aux antirétroviraux dans les contextes de rareté de ressources. En effet, si pour les malades, la santé est toujours une question de vie ou de mort, pour les administrations publiques comme on l'a observé avec le circulaire du CNLS camerounais, elle est une nécessité d'équilibre budgétaire et pour certains praticiens, peut-être aussi, un moyen de compléter leurs revenus mensuels jamais revalorisés depuis la dévaluation de 1996. Il y a donc un certain nombre de conflits d'intérêt qui marquent la distribution des antirétroviraux (1) avec sur fond, une relative résurgence de la contrefaçon des médicaments (2).

⁴⁰³ Voir les enquêtes de Jean-François Médard au Cameroun sur les pratiques de dons dans les centres de santé.

⁴⁰⁴ En 2003, nous avons conduit des enquêtes dans des centres de soins de santé publics à Yaoundé sous la direction de Jean-François Médard au cours desquelles nous avons observé ces pratiques dites de « corruption passive ».

1. Le conflit d'intérêts dans les réseaux de distribution du médicament antisida

La problématique de l'accès aux médicaments antirétroviraux a considérablement gagné en importance dans les pays du Sud au cours de ces dernières années non seulement à cause du développement de l'épidémie elle-même mais aussi et surtout dans le cadre de l'accord sur les aspects du droit de la propriété intellectuelle relatifs au commerce. Cette question a mis en lumière un ensemble de dynamiques en conflit dans la production et de distribution des médicaments : dans quelle mesure la protection par les brevets a-t-elle des effets sur l'approvisionnement et la distribution des antirétroviraux dans les pays en développement ?

La Conférence de l'OMC à Doha a adopté le 14 novembre 2001 la déclaration de l'Accord sur les aspects de droit de la propriété intellectuelle relatifs au commerce et à la santé publique. Elle se fonde sur l'idée de la flexibilité qu'offre cet accord pour accompagner les politiques de lutte contre les grandes pandémies tels que le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. L'objectif de cette flexibilité est en fait de permettre aux pays les moins avancés de s'assurer l'approvisionnement en médicaments à moindre coût. Or, cet approvisionnement est limité, dans le cas de la lutte contre le VIH/Sida, par les contraintes imposées par les lois qui protègent les brevets.

En se fondant sur cette déclaration, les pays membres de l'OMC peuvent désormais contourner ces contraintes et prévoir dans leurs législations la possibilité d'accorder des licences volontaires pour la fabrication sous forme

de génériques de médicaments protégés par des brevets. En Afrique du Sud, ce conflit a donné lieu à une plainte qui visait le monopole de GlaxoSmithKline et Boehringer Ingelheim.

« En septembre 2002, quatre personnes infectées par le VIH/Sida, quatre professionnels de la santé, deux associations⁴⁰⁵ et deux syndicats ont déposé une plainte commune auprès de la commission sud-africaine de la concurrence. Cette plainte vise les groupes pharmaceutiques GlaxoSmithKline et Boehringer Ingelheim auxquels elle reproche de vendre leurs médicaments antisida à des prix excessifs pour les personnes vivant avec le VIH/Sida en Afrique du Sud. Le but des plaignants est de rendre ces prix élevés directement responsables du décès précoce, prévisible et évitable de personnes vivant avec le VIH/Sida. En réaction à cette plainte, les deux multinationales pharmaceutiques décident d'accorder chacune une licence volontaire au producteur sud-africain de générique Aspen. Elles autorisent donc Aspen à produire les médicaments protégés par les brevets à condition qu'ils ne soient destinés qu'au secteur public »⁴⁰⁶.

En effet, les licences volontaires excluaient que les médicaments génériques soient produits pour la vente dans le secteur privé ou à l'exportation. En ceci, elles entretenaient un autre paradoxe : les pays en développement, les plus touchés par l'épidémie de VIH/Sida n'ont pas les capacités pharmaceutiques suffisantes pour produire des médicaments génériques au niveau local. De fait, malgré ces licences, le Cameroun et le Burkina Faso ne pouvaient par exemple pas produire des génériques. C'est pour contourner cette nouvelle

⁴⁰⁵ La TAC et la NAPWA.

⁴⁰⁶ Entretien avec Denis Matwa, le 17 mai 2007 à Cape Town.

limitation que le Conseil général de l'OMC a décidé en 2003 de simplifier l'accès à des médicaments brevetés aux pays n'ayant pas de capacités de production pharmaceutiques propres⁴⁰⁷. En plus, en Afrique du Sud, le 16 octobre 2003, après un an d'enquête, la commission de la concurrence a rendu un rapport sur l'affaire GlaxoSmithKline et Boehringer Ingelheim constant que ces deux multinationales pharmaceutiques avaient abusé de leur position dominante. Elles avaient selon ce rapport pratiqué des prix excessifs et mené des politiques anticoncurrentielles même avec ces licences volontaires.

Pour éviter les condamnations d'amendes et de dommages et intérêts qui résulteraient de la décision du tribunal de la concurrence référé par la commission de la concurrence, les deux multinationales pharmaceutiques signent des nouveaux accords avec les plaignants. Le 9 décembre 2003, en échange du retrait de la plainte, elles revoient en les élargissant les conditions de leurs licences volontaires : les licences sont désormais ouvertes à plusieurs fabricants de génériques qui ont la possibilité non seulement d'exporter leurs génériques dans 47 pays d'Afrique subsaharienne mais aussi et surtout de les vendre au secteur privé.

De même, à la veille de la VIème Conférence ministérielle⁴⁰⁸, les membres de l'OMC ont approuvé le 6 décembre 2005, une modification à l'accord sur les ADPIC qui touchent au commerce afin d'améliorer l'accès aux médicaments antirétroviraux pour les pays en développement. Cette modification permet

⁴⁰⁷ Décision du Conseil général de l'OMC du 30 août 2003.

⁴⁰⁸ Hong Kong, 13-18 décembre 2005.

d'accorder des licences obligatoires pour la fabrication et l'exportation de médicaments protégés par les brevets dans les pays qui n'ont pas la capacité de les produire et qui font face à des crises de santé publique. Cette décision met formellement en œuvre une décision du Conseil général de l'OMC du 30 août 2003 qui avait introduit des licences obligatoires pour l'exportation des génériques, celles-ci étant jusque là en principe réservées principalement pour l'approvisionnement du territoire national. L'Afrique du Sud et le Brésil sont en train de mettre en œuvre ces nouvelles flexibilités afin de mettre à la disposition des sud-africains les capacités de production de l'industrie pharmaceutique brésilienne. En 2007, le Brésil a obtenu d'installer un premier laboratoire de production des génériques en Afrique du Sud.

Toutefois, les questions encore d'actualité sont posées par les réalités sociologiques des pays en développement. En effet, l'épidémie de VIH/Sida montre également que le médicament n'est finalement plus à considérer comme un simple objet pharmacologique qui aurait pour seule finalité la thérapie du corps. Il est désormais également un objet social, porteur d'un profond symbolisme. Cette perspective est renforcée par les images et les idéologies greffées sur le VIH/Sida dans l'imaginaire collectif. La seule consommation régulière du médicament peut exposer celui qui le détient à la stigmatisation et au rejet. Car la maladie de longue durée renvoie inévitablement à la contamination par le VIH/Sida et ce dernier expose encore à la stigmatisation et au rejet. Au Cameroun et au Burkina Faso, le médicament a particulièrement acquis multiples dimensions encore insoupçonnées il y a peu, qui le rattachent à des enjeux non seulement économiques mais aussi culturels, sociaux, politiques voire culturels. Il s'insère ainsi dans des dynamiques sociales très complexes tout en restant

étroitement lié à l'univers symbolique des malades et de leurs groupes sociaux.

La représentation du médicament ne peut donc être détachée du contexte social qui le produit et dans lequel il s'insère. Ce qui augure de nombreux conflits d'intérêts dans les réseaux de distribution du médicament, surtout dans le contexte du VIH/Sida qui limite l'accès aux ressources médicales tout en générant des nouvelles perceptions du médicament et de ses usages sociaux. Le VIH/Sida renouvelle en fait le champ de significations du médicament suite aux mutations sociales et à l'imaginaire collectif qui orientent les groupes humains confrontés à la maladie. Il ne résiste pas à l'hégémonie de la médecine hospitalière et des prières de guérison dans le contexte de pluralisme thérapeutique qui caractérise les sociétés africaines tout en exposant à la contrefaçon de quelques véreux.

2. La résurgence de la contrefaçon des médicaments

La distribution des médicaments et d'autres produits pharmaceutiques dans un réseau marchand informel est une réalité dont le constat relève de l'ambiance quotidienne des conditions globales d'échanges marchands des biens et services en Afrique. Ramené à l'échelle internationale, ce marché informel des médicaments et d'autres produits pharmaceutiques, entraîne une perte énorme. Les fabricants des produits pharmaceutiques et leurs

clients subissent ainsi, chaque année, une perte qui engloutit près de 7% du commerce mondial soit environ 280 milliards de dollars⁴⁰⁹. Cette perte due à la contrefaçon éclipse souvent les conséquences humaines tragiques qui y sont associées.

Dans les trois cas étudiés dans notre recherche, la contrefaçon concerne précisément les médicaments régulièrement administrés pour traiter les infections opportunistes liées au VIH/Sida et d'autres effets secondaires de la maladie. Elle n'est pas directement liée à la distribution des antirétroviraux. Sur le plan géographique, cette contrefaçon est le fait de l'industrie pharmaceutique du Nigéria qui inonde ses voisins camerounais et burkinabé. Elle atteint également l'Afrique du Sud. Le Burkina Faso et le Cameroun ont en effet une frontière avec le Nigéria, le plus grand marché pharmaceutique de la région et où les autorités sanitaires s'approvisionnent à moindre coût.

Aussi, étant donné l'ampleur prise par le commerce intensif des médicaments entre le Nigéria et ses voisins, un grand réseau parallèle de distribution s'est développé autour des réseaux informels de médicaments et des produits pharmaceutiques qui approvisionnent désormais le « petit » marché camerounais et burkinabé. Celui-ci est constitué par les vendeurs de médicaments à la « sauvette ». Ces derniers tiennent des officines en plein air, sur la place du marché, à l'entrée des hôpitaux ou même, vendent des médicaments de façon ambulante dans les gares routières et ferroviaires et

⁴⁰⁹ On lira le reportage de Monique Mas sur les réseaux de distribution des médicaments. Voir, Monique Mas, « Santé : la corruption qui tue », *RFI*, Paris, 11 mai 2006.

même dans les trains et les hôpitaux. On y trouve parfois des médicaments aussi importants que la Zidovudine (AZT), Lamivudine et la Névirapine qui font partie des antirétroviraux essentiels les plus prescrits. Au Cameroun, ce réseau s'organise autour d'une chaîne d'approvisionnement qui prend sa source au Nigéria. En effet, les vendeurs à la sauvette de Yaoundé, la capitale du Cameroun, s'approvisionnent à Douala, la ville économique du pays ; ceux de Douala s'approvisionnent à Bamenda et ses environs ; ceux de Bamenda trouvent des relais d'approvisionnement venant du marché nigérian. Les vendeurs des médicaments à la sauvette sont pour cela appelés des « Bamenda Boy », comme pour marquer l'affiliation des « Big Men » de ces réseaux anglophones du Cameroun au Nigéria. Ils contrôlent à la fois le marché informel camerounais et les réseaux de distribution du Nigéria. En plus, la ville de Bamenda, giron des Anglophones camerounais, est en quelque sorte la tour de contrôle de ces trafics. Elle est le point de passage du Cameroun francophone au Nigéria.

Certains vendeurs à la sauvette sont directement approvisionnés par les réseaux officiels de gestion des stocks de médicaments : médecins, laborantins, délégués médicaux, etc. qui s'enrichissent dans ces réseaux illicites. En même temps, ces vendeurs ont également les possibilités d'approvisionner les structures publiques et privées soit en revendant les médicaments obtenus de leurs intermédiaires officiels soit en livrant simplement à bas prix ceux ramenés des réseaux nigériens via les « Bamenda Boy ». Ces marchés pratiquent des prix hors concurrence. En 2004, alors que la trithérapie issue de ces trois médicaments revenait à environ 75 000 FCFA (environ 115 euros) sur le marché officiel local du médicament, on pouvait la

trouver auprès de ces vendeurs à moins de 30 000 FCFA (environ 45 euros)⁴¹⁰.

En mai 2006, Monique Mas⁴¹¹ évoquait la plainte déposée par un laboratoire français qui a découvert qu'un laboratoire nigérian non-identifié avait repris ses anciennes boîtes et son ancien label pour conditionner des vaccins anticholérique vendus au Cameroun. La situation de l'approvisionnement en médicaments du Nigéria se répercute dans une certaine mesure dans ces pays, en termes de qualité et de sécurité. Il est aujourd'hui très difficile d'évaluer l'étendue des effets et même simplement du commerce de médicaments contrefaits sur la santé des individus mais, le risque est plus élevé que ne le révèle le silence des autorités publiques à ce sujet. A l'échelle nationale en Afrique, il existe une sournoise pratique de contrebande et d'importation illicite des produits pharmaceutiques qui échappent aux services sanitaires officiels lorsque ces derniers ne sont pas vraisemblablement animés par des individus qui entretiennent et même tolèrent simplement ces pratiques. Les organismes de réglementation des médicaments sont presque impuissants sinon inactifs face à ce fléau qui mine la vie des populations.

Il n'y a vraisemblablement pas d'obstacles à ce mouvement de circulation et

⁴¹⁰ Témoignage de Michel Kengne dit 'le doc', vendeur de médicament au marché central de Yaoundé.

⁴¹¹ Monique Mas, « Santé : la corruption qui tue », Paris, RFI, 11 mai 2006.

de redistribution des médicaments contrefaits ou importés et administrés sans aucun contrôle des autorités sanitaires, dans une région où la contrebande en général n'est plus à démontrer. Les communications nationales sont mauvaises entre Yaoundé, la capitale du Cameroun et Bamenda, le chef-lieu de la région anglophone du Cameroun. En plus, les ressortissants de Bamenda se sentent culturellement plus proches du Nigéria voisin que du Cameroun dont ils réclament d'ailleurs la sécession depuis 1972.

En outre, comme le montre la situation du Cameroun, les insuffisances de l'administration publique ont favorisé depuis plusieurs décennies, les mauvaises pratiques d'approvisionnements en médicaments par les responsables de la santé publique qui ont recours aux marchés les moins coûteux et pour lesquels, ils reçoivent, en contrepartie, des pourboires. C'est d'ailleurs aussi cela la gangrène sud-africaine. En effet, en Afrique du Sud, il n'y a pas de pharmacies ambulantes ni de vendeurs à la sauvette dans la mesure où les dépenses en médicaments sont prises en charge par le « Medical Aid ».

La société sud-africaine s'approvisionne également au Nigéria en médicaments et en bien d'autres produits pharmaceutiques. Aujourd'hui, le Nigéria est le premier partenaire économique de l'Afrique du Sud en Afrique. En plus, tout comme au Cameroun et au Burkina Faso, en Afrique du Sud, ce sont les pauvres qui souffrent des effets de la contrefaçon et de l'approvisionnement douteux des médicaments. Ils représentent les milieux de vie dont le taux d'analphabétisme est très élevé si bien qu'ils sont peu

réceptifs à la sensibilisation sur l'existence de médicaments contrefaits dans les réseaux de distribution des produits pharmaceutiques. Mais, à l'exception de l'Afrique du Sud où les dépenses individuelles de santé sont prises en charge par l'action publique sanitaire grâce à la politique gouvernementale du « médical aid », au Cameroun et au Burkina Faso, les personnes pauvres en mauvaise santé n'ont pas le choix sauf se procurer les médicaments moins chers, d'origine douteuse et illicite.

Les médicaments authentiques dans les pharmacies leur paraissent hors de prix, surtout lorsqu'il faut d'abord payer une consultation médicale auprès du médecin afin qu'il fasse le diagnostic et prescrive une ordonnance. La plupart de personnes vivant avec le VIH/Sida savent de quoi elles souffrent lorsqu'elles ont un malaise. Elles se font leur propre diagnostic et s'auto-médicamentent en prenant des cachets dans les pharmacies ambulantes ou de rues.

« Leur maladie, ce n'est pas le VIH/Sida mais le paludisme, les maux de tête, la diarrhée et le mal de ventre. Lorsqu'on connaît son corps, on sait rapidement soi-même de quoi on souffre. Il n'y a donc aucune raison d'aller donner son argent pour une consultation chez le médecin. Vous-mêmes vous voyez ça comment ? Vous donner de l'argent pour qu'on vous dise ce que vous savez déjà. On ne vous donne pas de médicament. Il vous renvoie ici pour acheter les médicaments alors que vous lui avez payé gratuitement pour la consultation puisqu'il ne vous a pas traité. Vous-mêmes vous voyez ça comment ? Mieux, ils viennent directement ici pour acheter des médicaments et attendre. Si la situation se dégrade, à ce moment là, on peut chercher à voir le médecin. Sinon, c'est gagné à moindre coût.

Bref, je ne fais pas la publicité. Je dis seulement la situation»⁴¹².

Ces personnes ne sont pas souvent conscientes du danger de cette alternative apparemment moins coûteuse. Elles représentent un marché cible idéal pour les stratégies de marketing de ceux qui profitent des faiblesses de la régulation du marché des médicaments et en nourrissent les réseaux illicites.

« Certains faux médicaments sont fabriqués et mis en boites ou en flacons sous des appellations fantaisistes ou effectivement répertoriées par les services pharmacologiques habilités. C'est dire qu'il existe des chaines de fabrication clandestines qui font métier de copier l'habillage des produits pharmaceutiques au mépris du contenu moléculaire des produits. Des corrompus locaux se chargent de les injecter dans les circuits de distribution locaux mal surveillés. Faux antipaludéens au Cameroun, faux antibiotiques en République démocratique du Congo, ces contrefaçons ne sont pas seulement en vente libre dans des boutiques de marabouts. Elles entrent aussi dans les pharmacies et les hôpitaux, contribuant par leur inefficacité à la propagation des maladies qu'elles sont censées traiter »⁴¹³.

Comme le suggère Jean-Pierre Olivier de Sardan, l'administration est parfois responsable du fait du manque chronique de médicaments, de l'approvisionnement irrégulier ou de la rupture de stock souvent dus au détournement de médicaments à des fins privées. Parfois, la qualité des médicaments disponibles dans les centres de santé pose problèmes : certains médicaments sont périmés ; d'autres sont parfois conservés dans des

⁴¹² Entretien avec Michel Kengne dit le doc, le 12 décembre 2006 à Yaoundé.

⁴¹³ Monique Mas, « Santé : la corruption qui tue », *RFI*, Paris, 11 mai 2006.

conditions inadaptées ; d'autres encore, sont conseillés à défaut du médicament prescrit par le médecin.

Conclusion de la deuxième partie

Les dynamiques publiques s'expriment suivant plusieurs répertoires d'action dont les plus usuels sont le conseil et le test volontaire, la prévention de la transmission parentale et les dispositifs d'accès aux traitements. La configuration et la taille de ces répertoires changent d'un pays à l'autre ou à l'intérieur d'un même pays, d'une collectivité territoriale à l'autre, victimes parfois des politiques de décentralisation mal accompagnées qui institutionnalisent les inégalités locales⁴¹⁴. Avec la constitution des grands réseaux d'échanges sur les expériences de l'épidémie et des conditions de sa reproduction sociale, de grandes stratégies modélisables semblent se dégager sur le champ de VIH/Sida avec en perspective l'ensemble des politiques d'accès aux traitements. Ces modes d'intervention expriment par ailleurs une appropriation remarquable mais aux effets différentiels des politiques publiques de santé par des acteurs locaux qui, il y a encore peu de décennies, n'avaient pas intégré ces prismes d'action publique.

⁴¹⁴ On peut se référer aux travaux de Jean-François Médard. Voir, J.-F. Médard, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », Le bulletin de l'APAD, n°21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [en ligne], mise en ligne le 27 mars 2006. URL : <http://apad.revue.org/documents35.html>. Consulté le 18 mai 2006.

Au Cameroun et au Burkina Faso ces mécanismes d'appropriation ont été le fait de logiques d'extraversion qui très tôt ont conditionné l'assistance de la communauté internationale à l'acceptation des politiques publiques de lutte contre le VIH/Sida élaborées, financées et conduites par les experts internationaux. En Afrique du Sud, elles ont été le fait des longues controverses ayant finalement abouti à une appropriation interne des mécanismes et des enjeux de la lutte contre le VIH/Sida.

Les répertoires de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida se fondent quelque peu sur des registres corruptifs⁴¹⁵ et informels sur lesquels « surfent » les acteurs politico-administratifs engagés dans cette action, plutôt soucieux de capter la rente financière internationale, désormais contrôlée par les professionnels du champ de la lutte contre le VIH/Sida. On peut se référer d'une part, à l'instabilité du dispositif national de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun et aux démêlés judiciaires de l'ancien ministre camerounais de la santé, de l'ex-secrétaire permanent du CNLS camerounais et de son adjoint. Le Cameroun est aujourd'hui reconnu pour ses capacités à capter les subventions et d'autres avantages symboliques liés au VIH/Sida à l'international et à convertir des cadres administratifs locaux en spécialistes du VIH/Sida y compris des médecins. On le constate dans la composition de la coordination du CNLS dont les animateurs sont précisément des reconvertis de la communication, de la vie associative, de clinique dentaire, etc. De l'autre côté, on note une certaine « sidatisation » des ministères de la

⁴¹⁵ J. P. Olivier de Sardan, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », in *Autrepart*, n°20, 2001, pp. 61-73.

santé en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso⁴¹⁶.

Dans le contexte actuel d'asphyxie financière interne des pays du Sud et de l'explosion du chômage, les projets de lutte contre le VIH/Sida, qui par ailleurs trouvent des relais très importants à l'international, pourraient être convertis en mécanisme soit d'enrichissement individuel des acteurs politico-administratifs⁴¹⁷ soit de réduction légale de la pauvreté, en générant des emplois avantageusement rémunérés dans les filières administratives de la santé⁴¹⁸. Il suffit de se référer au train de vie des agents publics engagés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida pour s'en convaincre : à Yaoundé, par exemple, il y a désormais deux niveaux administratifs au ministère de la santé avec d'un côté, les services exceptionnellement liés à la lutte contre le VIH/Sida et de l'autre, les autres services de santé. Les services de VIH/Sida sont très bien équipés en matériel informatique et en véhicules de fonction puisque bénéficiant des financements exceptionnels de l'Onusida, de l'OMS, du PNUD, du Fonds global, etc. alors que les autres services de santé publique ont hérité du matériel vétuste.

La disponibilité croissante des financements à l'international semble par

⁴¹⁶ Voir en annexe la présentation des sites web officiels des ministères de la santé de ces trois pays.

⁴¹⁷ On peut penser aux logiques des *per diem* exceptionnels accordés dans les différentes réunions liées au VIH/Sida et qui ne sont pas par ailleurs alignés à la pratique légale des institutions politico-administratives locales mais souvent calqués sur le modèle très onéreux des consultations des institutions internationales.

⁴¹⁸ G. Blundo et J.P. Olivier de Sardan, « La corruption comme terrain: pour une approche socio-anthropologique » in G. Blundo (dir.), *Monnayer les pouvoirs. Espaces, mécanismes et représentations de la corruption*, Genève, Nouveaux Cahiers de l'IUED n° 9, 2000.

ailleurs déboucher, au niveau local, sur deux phénomènes inédits : le débauchage des acteurs politico-administratifs désormais attirés par la fonction publique internationale et l'élaboration des « projets malles », c'est-à-dire des projets qui bénéficient des financements malgré le caractère douteux de leur existence et des objectifs qui leur sont assignés. En d'autres termes, il y aurait progressivement, dans le champ administratif de VIH/Sida, des projets qui n'auraient d'existence que dans les archives des ministères de la santé et les porte-documents des acteurs qui en ont la responsabilité. Ces politiques n'auraient en réalité aucune assise sociale et pratique⁴¹⁹. Car, au niveau de l'administration centrale, on parle des projets réalisés au profit de tel ou tel public mais, la traçabilité de ces projets se heurte souvent à leur non connaissance par les prétendus bénéficiaires pourtant nommément désignés dans les rapports y afférents⁴²⁰.

L'hypothèse des administrations publiques de VIH/Sida comme créneau de captation de la rente financière internationale est confortée par la remarquable concentration des activités de lutte contre le VIH/Sida dans les grands centres urbains où se côtoient désormais, sous la forme d'une « multinationale sanitaire », l'expertise biomédicale locale et importée, la communauté des financeurs en quête de projets viables pouvant assurer leur

⁴¹⁹ Les enquêtes menées auprès des usagers et séropositifs à Yaoundé et à Douala ont permis de mettre en lumière cette pratique.

⁴²⁰ Selon certains auteurs, ce constat n'est pas exclusif au domaine du sida ni à l'administration des projets liés à la lutte contre le sida. Plusieurs autres domaines dont les financements viennent de l'international ont fait l'objet de tels mécanismes de réappropriation par les intermédiaires et les relais locaux des agences de coopération internationale. Pour approfondir la réflexion sur cette question, voir T. Bierschenk, J.P. Chauveau & J.P. Olivier de Sardan (dir.), *Les courtiers locaux du développement*, Paris, Karthala, 1999.

visibilité dans le champ de VIH/Sida et les fonctionnaires locaux et internationaux parfois peu informés sur la question de VIH/Sida. Il n'est pas surprenant comme nous l'avons montré avec Fred Eboko⁴²¹ que cette logique engendre une collusion entre acteurs du champ au détriment des personnes vivant avec le VIH/Sida plutôt mis à l'écart dans la négociation, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques qui leur sont destinées.

Dans plusieurs localités rurales au Cameroun, à Mbalmayo, Bafut, Bertoua, Batouri et Yokadouma, par exemple, nous avons constaté l'implantation des panneaux publicitaires destinés à la sensibilisation sur le VIH/Sida alors que certaines personnes concernées rencontrées dans ces lieux affirmaient n'avoir jamais été en contact avec les équipes mobilisées dans le cadre des campagnes de sensibilisation. Ces populations ne peuvent pas non plus interpréter les informations diffusées sur ces panneaux dont la langue de communication, empruntée aux discours des citadins, ne leur est pas accessible : « Nous les avons vu creuser le sol puis implanter les tableaux que vous voyez-là. Ils sont ensuite partis sans nous dire de quoi il s'agissait. Ils n'ont pas eu le temps de nous parler de ça. C'était il y a 3 ans. Ils ne sont plus jamais revenus »⁴²².

D'autres enquêtés évoquent parfois la pression que les financeurs et les administrateurs expatriés exercent sur les fonctionnaires locaux pour qu'ils

⁴²¹ F. Eboko, « Les sociétés africaines face au sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », in *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Op. cit.

⁴²² Propos de Ntemph Taku, Chef de village Bafut, à l'Ouest du Cameroun, rencontré le 5 février 2005.

produisent « des projets à réaliser alors que le terrain n'en demande pas à cet instant »⁴²³. Les fonctionnaires descendent alors auprès des leaders associatifs pour collecter des projets à faire financer :

« Montez les projets, il y a de l'argent pour ça, nous dit-on parfois au CNLS. On leur sort parfois des vieux projets déjà financés et réalisés. Ils les prennent mais pour avoir l'argent, il faut attendre longtemps, courir derrière eux. Ils connaissent le chemin pour venir chercher les projets mais ils ne le reconnaissent plus pour venir donner la suite, surtout pour venir donner l'argent lorsque les projets sont acceptés. Parfois, l'argent vient mais coupé en cinq par rapport au budget prévu. Si vous demandez 100 000 FCFA, ils vous donnent 20 000 FCFA. Que faire ? Vous faites avec ce qu'ils vous donnent. Parfois, ils reçoivent bien les 100 000 FCFA demandés mais, ils ne peuvent pas tout vous donner puisqu'ils ont fait les négociations pour vous, ils coupent aussi leur part »⁴²⁴.

Ces paroles d'une militante antisida au Cameroun montrent qu'à plusieurs égards, les résultats ne sont pas plus importants que les projets qui devaient les induire. Dans les milieux d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de lutte contre le VIH/Sida, les paradigmes « incrémentalistes » sont très souvent utilisés. Car, on y trouve d'un côté, des projets réalisés mais (ré) ajustés à volonté pour (ré)-capturer le financement et de l'autre, des rapports élaborés avant la mise en œuvre des politiques à faire financer.

⁴²³ Témoignage d'un haut fonctionnaire au Ministère de l'enseignement supérieur à Yaoundé.

⁴²⁴ Propos d'un responsable d'ONG à Yaoundé, rencontré en avril 2006.

Par ailleurs, les décisions administratives et financières du centre d'affaire de la lutte contre le VIH/Sida sont prises par quelques agents, souvent les mêmes dans tous les coups, dans ces grandes métropoles où siègent ordinairement les représentants des organismes internationaux, les principaux bailleurs de fonds de la filière de VIH/Sida et les unités ministérielles concernées par la question de VIH/Sida. Ces agents publics tournent comme sur les chaises musicales dans différents services publics de VIH/Sida si bien que les bénéficiaires devenus eux aussi des « clients attirés » les identifient avec facilité.

Tous ces changements sociaux s'accompagnent inéluctablement de changements politiques, eu égard à la nature et à la pluralité d'acteurs engagés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida mais aussi d'opinions véhiculées par l'épidémie. En Afrique du Sud, ces influences diversement interprétées sont lisibles dans la dynamique actuelle des politiques de traitements. Il y a comme une certaine sociologie de la responsabilité partagée, acceptée ou refusée, selon les cas et qui entraîne par ailleurs une possibilité de comprendre diverses logiques secrétées par les institutions publiques et non gouvernementales locales comme tentative de formalisation de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

Troisième partie

**L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE
VIH/SIDA ET LES CHANGEMENTS POLITIQUES**

Les leçons des observations et des entretiens conduits en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun montrent également que le VIH/Sida qui n'est certes pas la première crise épidémiologique mondiale semble très précisément se distinguer non pas seulement par diverses formes de solidarités et de mobilisations sur lesquelles se fonde son action publique tant au niveau national qu'international mais aussi et surtout par les changements politiques qu'il entraîne. A partir de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, on observe pour la première fois, et donc dans le cadre d'une crise épidémiologique, un ensemble de mobilisations se dessiner au Nord comme au Sud, au sein des institutions publiques et du milieu associatif, à travers de vastes campagnes communes conduites par les associations, les agences de coopération internationale et de nombreuses administrations publiques nationales au point où, pour emprunter un raccourci, certaines administrations publiques et leurs relais à l'international se convertissent à la lutte contre le VIH/Sida⁴²⁵. Cet état de fait engendre nécessaire des changements sociaux et politiques vu la pluralité d'acteurs et d'opinions mobilisés.

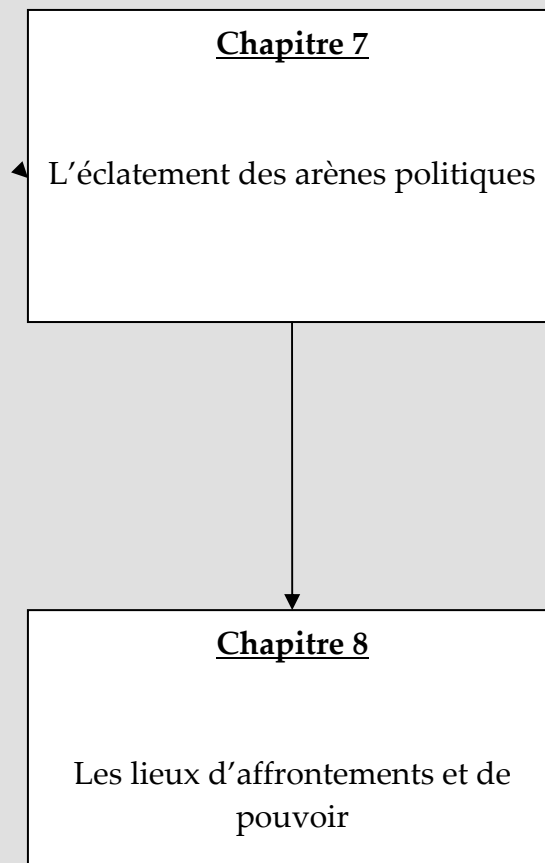
Cette partie veut pour cela analyser ces changements à partir des différents répertoires publics et associatifs de lutte contre le VIH/Sida. Les mobilisations issues de l'ensemble de logiques en action au Burkina Faso, au Cameroun ou en Afrique du Sud engagent pour ainsi dire, sur le plan interne, les

⁴²⁵ Comme l'a souligné Didier Fassin dans sa communication à la 4^{ème} Conférence Francophone sur le VIH/Sida (Paris, du 29 au 31 mars 2007), l'histoire ne manque pas d'exemples de pandémies ayant marqué son cours depuis la crise de la peste au Moyen-âge à l'urgence du choléra au 19^{ème} siècle.

mécanismes institutionnels et associatifs de l'action antisida et, sur le plan international, les milieux politiques et les organisations privées. Ces deux niveaux avec des acteurs et des logiques d'action qui ne sauraient faire l'économie d'une sociologie des conflits, en situation de concurrence dans un élan de relative rivalité pour contrôler les enjeux de l'épidémie, se voient, chacun selon ses propres dynamiques d'action, obligés d'intervenir soit pour soutenir ces changements nationaux soit pour conduire les pouvoirs publics locaux à les susciter. L'analyse s'attache pour cela au décryptage des arènes politiques éclatées par des différentes formes, publique et associative, d'entrer sur la scène de l'action publique (chapitre 7). Ce qui engendre forcément quelques conflits dont il convient in fine d'interroger les lieux d'affrontements et de pouvoir (chapitre 8).

Positionnement panoramique de la troisième partie

L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES CHANGEMENTS POLITIQUES



Chapitre 7 -
L'ECLATEMENT DES ARENES POLITIQUES

Plusieurs acteurs nationaux et internationaux participent depuis le début de l'épidémie à la production et à la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Nous avons répertorié un peu plus d'une centaine d'organismes publics et privés réellement engagés dans cette action dans chacun des trois pays dans lesquels nous avons conduit nos enquêtes⁴²⁶. L'interaction entre ces acteurs porteurs de valeurs diverses et soumis aux intérêts quelquefois conflictuels, supposent une logique d'action flouée et complexifiée par leurs propres représentations de la maladie, du corps mais aussi des enjeux symboliques et matériels secrétés par leur mobilisation. Par contre, certaines spécificités très souvent communes à ce genre de mobilisation de l'action publique reposent sur la nature même de l'Etat au sein duquel cette pluralité d'acteurs agit. En un sens, le rôle et la place d'acteurs engagés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida dépendent de la nature de l'Etat.

De fait, le Cameroun et le Burkina Faso, peuvent être assimilés et décrits comme deux situations politiques qui rendent compte de la structure d'un Etat « mou » et « fragile ». Cette nature de l'Etat est précisément liée à la rareté de ressources mais aussi, en conséquence de cette rareté, à l'incapacité de l'administration publique d'assurer un certain monopole des acteurs gouvernementaux sur l'action publique quelle qu'elle soit. En même temps, la rareté de ressources étatiques est également une ressource importante pour

⁴²⁶ Voir en annexe l'annuaire des organismes de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun.

les acteurs associatifs. En ce sens, cette rareté conduit exactement l'Etat à ouvrir son champ d'action publique et ainsi à laisser émerger des acteurs endogènes et exogènes. Dans les cas du Cameroun et du Burkina Faso, ces acteurs profitent de cette brèche comme d'une fenêtre d'opportunité pour se saisir en toute autonomie des objets sociaux liés à l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, sous forme de « cuisine à part ».

Sous ce rapport, les acteurs associatifs génèrent des dynamiques et des réponses autonomes, voire concurrentielles par rapport à l'administration publique. Compte tenu d'une autre variable liée aux faiblesses structurelles et institutionnelles de l'Etat local, les acteurs associatifs engagés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida ont développé une forte capacité à se connecter et à se maintenir à l'international pour y capter les ressources financières de plus en plus disponibles qu'ils reversent dans l'action publique locale. On a pu les rencontrer et observer le positionnement de plusieurs associations africaines sur la scène internationale lorsque des conférences sur le VIH/Sida à Toronto (2005), à Bangkok (2006), à Paris (2007), à Mexico (2009), à Dakar (2008) ou à Nairobi (2007) au cours des ces quatre dernières années, souvent se déplaçant grâce à la solidarité des organisations du Nord⁴²⁷. Cet état de fait leur permet d'ailleurs de revendiquer désormais une « place centrale » dans l'action publique locale de lutte contre le VIH/Sida et d'échapper à la critique institutionnaliste qui les maintenait à la périphérie de

⁴²⁷ Ces observations nous ramènent vers la sociologie du voyage que tentait d'esquisser Johanna Siméant après ses enquêtes auprès des militants africains invités aux forums sociaux mondiaux.

l'action publique⁴²⁸.

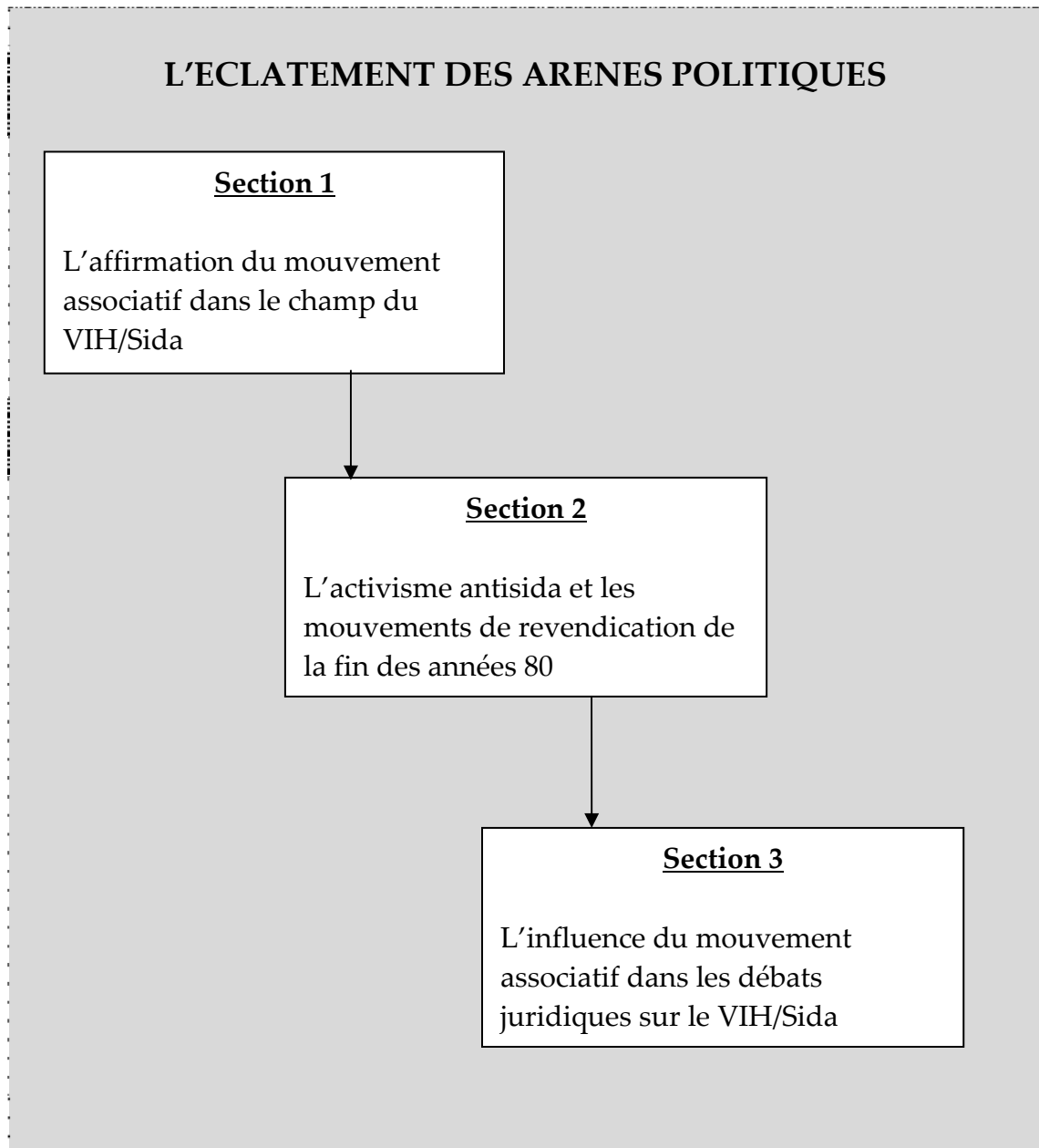
Partout, on constate une sorte d'émergence de mécanismes associatifs de lutte contre le VIH/Sida comme une nouvelle forme de contournement et d'évitement de l'Etat, grâce à une expertise qui engage les personnes vivant avec le VIH/Sida et à une complicité d'agences de coopération et d'ONG internationales. Leurs logiques d'action et leurs modalités d'insertion à l'international échappent souvent au contrôle de l'Etat local.

Cependant, en Afrique du Sud, le schéma s'inverse considérablement ou du moins, celui-ci repose exactement sur les logiques classiques de l'action publique. En effet, les capacités propres aux réseaux de l'ANC qui fédèrent la puissante organisation syndicale la COSATU et la mouvance politique communiste, à se maintenir au cœur de l'action publique et à tout contrôler y compris les sphères privées, associatives ou syndicales, donnent à l'Etat les possibilités inespérées ailleurs, d'exercer un réel contrôle sur l'action des acteurs collectifs engagés dans la lutte contre le VIH/Sida. Ces derniers agissent, comme dans une logique de tour de passe-passe, à travers les structures gouvernementales. En ce sens, ils accablent le gouvernement de revendications afin d'obtenir l'inscription d'une question liée au VIH/Sida sur l'agenda gouvernemental alors qu'au Cameroun et au Burkina Faso, ils ignorent justement l'Etat et ses institutions.

⁴²⁸ On lira J. Leca, « Sur le rôle de la connaissance dans la modernisation de l'Etat et le statut de l'évaluation », *Revue française d'administration publique*, Paris, Institut International d'Administration Publique, n°66, avril-juin 1993

En plus, à la différence du Cameroun et du Burkina Faso, en Afrique du Sud, il y a une sorte de va-et-vient entre les milieux politiques et les milieux associatifs ou syndicaux. A tel point qu'un nombre important d'acteurs engagés dans la vie publique sud-africaine sont d'anciens militants des organisations syndicales et associatives de jeunesse qui se sont illustrées pendant les luttes sociales qui ont marqué les années de l'apartheid. C'est d'ailleurs le cas de Motlanthe, successeur de Thabo Mbeki comme président de l'Afrique du Sud. Ce vice-président de l'ANC est également un ancien secrétaire général de la COSATU. Inversement, les militants qui tiennent les rôles éminents dans le mouvement associatif sont d'anciens camarades membres de l'ANC sous l'apartheid, reconvertis dans le milieu associatif de lutte contre le VIH/Sida. C'est le cas de Zachie Achmat, le Président fondateur de la TAC. Ainsi, on peut supposer qu'aujourd'hui, en Afrique du Sud comme au Cameroun et au Burkina Faso, il y a une forte affirmation du mouvement associatif dans la production et la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida (section 1). Ce mouvement est dans une certaine mesure le prolongement du mouvement de revendication sociale et politique de la fin des années 80 (section 2). Dans le domaine du VIH/Sida, il a inspiré et influencé les débats juridiques sur la protection des malades (section 3).

Positionnement panoramique du septième chapitre



Section 1

L'affirmation du mouvement associatif dans le champ du VIH/Sida

L'action publique de lutte contre le VIH/Sida s'inscrit fortement dans un cadre institutionnel défini et contrôlé par l'administration publique, à travers l'action du ministère de la santé publique et des services de la présidence de la république, selon les pays en Afrique. Mais, cette action gouvernementale laisse également un ensemble de registres et de répertoires souvent oubliés par les administrations publiques et dans lesquels s'engouffrent peu à peu des dynamiques associatives. Les associations s'imposent dans plusieurs domaines sociaux liés à l'épidémie du VIH/Sida comme les relais privilégiés des administrations publiques locales et des agences de coopération internationales. Plusieurs associations généralistes de développement se sont également converties à la lutte contre le VIH/Sida et bénéficient ainsi de formations spécifiques dans le cadre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida et des politiques conduites en matière de santé reproductive. D'autres ont été créés – certains depuis 1987 – par des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Mais, ce mouvement présente des fissures et des figures diversifiées en fonction des interlocuteurs et des enjeux pour lesquels ses militants se mobilisent. Il peut pour cela être analysé soit à partir des incertitudes, de la filiation et du rejet dont il est l'objet dans ses rapports avec l'administration publique (1); soit à partir des difficultés qu'il y aurait à maintenir ses frontières et la définition de son champ d'action (2); soit enfin en

s'intéressant à ses limites dans sa contribution à l'action publique de lutte contre le VIH/Sida (3).

1. Le mouvement associatif : incertitude, filiation et rejet

Différents modes d'entrée permettent de définir et de saisir les mouvements collectifs engagés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Le terme d'action publique a d'ailleurs été préféré à celui de politiques publiques pour expressément travailler la dialectique induite par ce genre d'acteurs. L'action publique s'attache à l'analyse des entreprises conduites en vue de répondre à l'épidémie et à ses effets alors que les politiques publiques, tout en désignant cette entreprise, lui associent le caractère élaboré voir institutionnel et officiel des acteurs qui la conduisent. En un sens, le terme politiques publiques s'accommodent exclusivement à l'action publique telle qu'élaborée et mise en œuvre par les institutions gouvernementales alors que le terme d'action publique peut aussi renvoyer à l'action des entités non étatiques dont le but est de satisfaire l'utilité publique. Il en va des activités de lutte contre le VIH/Sida conduites par les acteurs périphériques désignés par la société civile et de façon factuelle se distinguent des acteurs politiques tout en concourant

au bien-être public. Ici, ces mobilisations sont cernées à travers les associations, les ONG et de façon globale la société civile⁴²⁹.

Le cadre juridique⁴³⁰ de plusieurs pays africains distingue les associations des ONG. Les premières sont librement créées et fonctionnent avec une relative autonomie alors que les secondes, tout d'abord acceptées comme associations du moins dans le cas du Cameroun, obéissent en plus au régime soit de la déclaration soit de l'autorisation. Ainsi, pour échapper au contrôle juridique et à certains égards, politique, les promoteurs des activités communautaires de lutte contre le VIH/Sida préfèrent dans la plupart des cas, adopter le statut d'association plutôt que celui d'ONG. Mais paradoxalement, le terme ONG paraît socialement et même politiquement plus correct et plus prestigieux que celui d'association tant aux yeux des partenaires politiques que des donateurs extérieurs. Le terme ONG est utilisé pour désigner toutes les organisations de taille importante qui enrichissent la logique de la société civile alors que celui d'association renvoie aux structures de petite taille et de moindre visibilité.

Partant de cette distinction, l'imaginaire collectif dans les milieux de la société civile et le prestige qu'acquièrent les acteurs communautaires font émerger au sein de la société civile, une certaine hiérarchie positionnelle avec, en sens croissant, les associations, les ONG et les fondations, etc. Selon cette logique, une association est une structure élémentaire qui, au Burkina Faso et dans les

⁴²⁹ On en trouvera une parfaite illustration dans les analyses de R. Otayek et al., *Les sociétés civiles du sud : un état des lieux dans trois pays de la ZSP Cameroun, Ghana, Maroc*, Etudes du Ministère des Affaires Etrangères, Paris, 2004.

⁴³⁰ M. Doucin et B. Badie, *Les ONG : le contre-pouvoir ?*, Paris, Toogezer, 2007.

milieux francophones du Cameroun, est désignée par club, amical, mutuelle ou mouvement. En revanche, une ONG y paraît comme une structure organisationnelle socialement stable, de grande taille en ressources humaines et financièrement viable et autonome. En Afrique du Sud, nous n'avons pas perçu une telle distinction sinon que dans les capacités d'actions associatives à mobiliser l'opinion publique nationale et internationale et à se maintenir dans l'espace public de lutte contre le VIH/Sida.

En réalité, une association tout comme une ONG représente l'un des acteurs structurels de la société civile qui, à son tour, renferme des institutions diverses et même éparses qui œuvrent de quelque façon que ce soit, sinon au côté, du moins à côté de l'Etat. Pour éviter la confusion terminologique qui allait nécessairement s'ensuivre et écarter définitivement ce débat complexifié par les contextes sociolinguistiques et sociopolitiques plutôt que par la pratique des acteurs, nous avons préféré l'emploi du terme « *mobilisations collectives* » pour évoquer à la fois les associations, les ONG et même la société civile, laquelle intégrerait toutes ces dynamiques.

Par mobilisations collectives nous entendons donc dans le cadre de cette étude, l'ensemble des acteurs structurels ou non qui, à côté de l'Etat, œuvrent indistinctement dans les associations ou les ONG d'utilité publique. Elles sont par nature juridiquement indépendantes de l'Etat. Nous n'allons pas non plus nous attacher à la définition *stricto sensu* de la notion d'utilité publique, étant entendu que cette utilité publique conférée par les institutions

publiques peut également souffrir des logiques instrumentales. Jean Gatsi⁴³¹ distingue à ce propos les associations des ONG en soulignant que celles-là font partie de l'économie sociale avec les coopératives, les mutuelles et les syndicats alors que celles-ci constituent une catégorie à part entière à côté des acteurs économiques. Autrement dit, pour Jean Gatsi, au sein de la société civile, il y a entre autres structures les acteurs économiques et les acteurs des ONG. Les acteurs économiques représentent l'économie de marché et l'économie sociale. Les associations, les coopératives et les syndicats se retrouvent dans cette dernière. Autant la distinction qu'opère le législateur entre les associations et les ONG est ambiguë⁴³², autant le terme de société civile est vague, puisque essentiellement englobant : on y retrouve tout un ensemble de structures éparses et n'ayant en commun que les seuls critères de bénévolat tout aussi relatifs selon les structures dans la mesure où certaines d'entre elles disposent de salariés parfois plus nombreux que des bénévoles. D'autres insistent sur le critère d'indépendance à l'égard de l'Etat et de leur intervention dans la sphère publique. Nous y reviendrons nécessairement dans le septième et dernier chapitre consacré aux instrumentalismes des mobilisations collectives engagées dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

⁴³¹ J. Gatsi, *La société civile au Cameroun*, Yaoundé, Presses Universitaires d'Afrique, 2000.

⁴³² Pour le cas du Cameroun par exemple, l'article 2 de la Loi n°090/053 du 19 décembre 1990 définit l'association comme « *la convention par laquelle des personnes mettent en commun leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices* », alors qu'au sujet des ONG, l'article 2 de la Loi n°99/014 du 22 décembre 1999 régissant les organisations non gouvernementales dispose : « *au sens de la présente loi, une ONG est une association déclarée ou une association étrangère autorisée conformément à la législation en vigueur, et agréée par l'administration en vue de participer à l'exécution des missions d'intérêt général* ».

Pour revenir aux travaux de Jean Gatsi, sept grandes catégories d'institutions sociales de solidarité (c'est aussi là la définition anglo-saxonne de la société civile) constituent la société civile en Afrique en général et au Cameroun en particulier : les acteurs économiques (économies de marché et économie sociale dans laquelle se trouvent les associations), les ONG, les ordres religieux, les chefferies traditionnelles, les vendeurs à la sauvette et autres mouvements spontanés et les acteurs identifiables par leur corporation comme les artistes, les sportifs et les avocats. On voit ici que les analyses de Gatsi ont de spécial le fait de se distancier des développements marxistes.

En effet, reprenant les idées de Marx, Antonio Gramsci⁴³³ distingue dans la superstructure, la société politique et la société civile. La société politique est selon lui, un appareil de coercition « destiné à conformer les masses au type de production »⁴³⁴ voulue par la classe dominante. Elle comprend à cet effet, l'armée, la police et le droit répressif⁴³⁵. Par contre, la société civile est dans la perspective de Gramsci un magma qui renferme « l'ensemble des organismes vulgairement dits privés »⁴³⁶ mais inféodés à l'idéologie dominante qu'ils diffusent à travers « l'Eglise, l'organisation scolaire et les organisations de

⁴³³ On lira ici les travaux d'Hugues Portelli sur Gramsci. H. Portelli, *Gramsci et le Bloc historique*, Paris, PUF, 1972.

⁴³⁴ Jean-Pierre Cot et Jean-Pierre Mounier, *Pour une sociologie politique*, Tome II, Paris, Seuil, 1974, p.58.

⁴³⁵ Ibid.

⁴³⁶ Ibid.

presse »⁴³⁷. Sous ce rapport, les analyses de Gramsci pensent une société civile policée car, la frontière entre elle et le politique reste matériellement flou.

En définitive, il nous revient de constater que si nous restons dans la logique de Gatsi et même dans celle de Gramsci, la société civile représenterait, pour s'inspirer de la philosophie de Kant⁴³⁸, un introuvable noumène dans la mesure où elle permettrait de tout y représenter en même temps qu'elle ne désigne rien de spécifique. Notre hésitation à utiliser ce concept en traitant des acteurs de l'économie sociale est due à toutes ces instabilités sémantiques que révèle l'analyse de la société civile devenue un fourre-tout. Elle est davantage une construction conceptuelle plutôt qu'une réalité structurelle bien que l'élite politique camerounaise et burkinabé en particulier la présente comme un ensemble d'organisations autonomes en vue de faire admettre l'idée d'une libéralisation ou d'un pluralisme politique.

Ces instrumentalismes politiques auxquels se prête parfois la société civile constituent aujourd'hui une stratégie de légitimation politique à l'égard de la communauté internationale qui, comme le montrent les travaux de Michel Doucin et Bertrand Badie⁴³⁹, est devenue de plus en plus exigeante sur l'ouverture politique et la consolidation des pôles de contre pouvoir, échappant au contrôle politique et monolithique, comme l'une des conditionnalités de l'émergence d'une société de droit. En réalité, ce qui est

⁴³⁷ Ibid.

⁴³⁸ E. Kant, *Critique de la raison pure*, Paris, Flammarion, 2006.

⁴³⁹ Voir M. Doucin et B. Badie, *Les ONG : le contre-pouvoir ?*, Paris, Toogezer, 2007.

palpable et opérant, c'est l'existence des associations et des ONG qui œuvrent quotidiennement aux côtés des personnes vivant avec le VIH/Sida et de leurs familles afin de fléchir les effets de cette épidémie sur leur vécu quotidien mais, la société civile dans ce domaine est presque une utopie. C'est pour cette raison que dans nos développements nous avons clairement pris position pour les termes « associations », « ONG » ou encore « mouvement collectif ».

2. Le mouvement associatif : frontière et définition d'un champ d'action

Dans les premiers temps de l'épidémie, les actions des associations ont été très déterminantes en Afrique du Sud et au Burkina Faso, notamment. Au Burkina Faso, elles se sont essentiellement articulées autour de la prévention et la sensibilisation dès 1987 avant de s'orienter, à partir de 1991, vers la prise en charge et le soutien des personnes infectées ou affectées. AAS fut créée dans cette mouvance par des personnes concernées.

En Afrique du Sud, les premières associations ont conduit des mobilisations communautaires dans les townships pour conscientiser et éduquer les citoyens à la prévention et au traitement. La TAC a été la première organisation à avoir lancé des programmes de traitements de VIH/Sida longtemps avant le gouvernement. Elle s'approvisionnait illégalement sur le marché extérieur des antirétroviraux. En 2000, c'est-à-dire deux ans après sa

création, la TAC a en effet réussi à importer des versions génériques du fluconazole de Pfizer de Thaïlande. En violant délibérément les brevets, elle entendait dénoncer le monopole de Pfizer dont les prix étaient considérés abusifs. Le fluconazole coûtait 40 rands pour le secteur public et 80 rands pour le secteur privé alors que les génériques thaïlandais de ce produit revenaient à 2 rands.

Les premiers projets officiels de traitement du VIH/Sida y ont été élaborés à partir de mai 2003, après la signature des accords impulsés par la TAC entre le gouvernement sud-africain et les multinationales pharmaceutiques GlaxoSmithKline et Boehringer Ingelheim. Au début et peut-être encore jusqu'à ce jour, la moitié des personnes bénéficiant de ce projet étaient des membres actifs ou affiliés de la TAC. Pendant de longues années, la TAC a fait pression sur le gouvernement, en organisant des manifestations de rues, afin qu'il mette en œuvre une action publique en faveur de personnes vivant avec le VIH/Sida. La TAC souhaitait que les personnes vivant avec le VIH/Sida bénéficient des traitements antirétroviraux dans le cadre du dispositif public du « Medical Aid », avec en corolaire la lutte contre les discriminations et la stigmatisation dont elles devenaient de plus en plus victimes.

Lorsqu'on considère l'ensemble de répertoires mobilisés par les associations en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso, on se rend bien compte que les activités associatives bénéficiaient à deux types de populations. La première catégorie regroupait les personnes stigmatisées comme faisant parties des groupes à risque : les homosexuels en Afrique du Sud et les

prostituées au Cameroun alors que la seconde était composée, en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso, d'autres catégories sociales concernées par l'épidémie : les femmes, les enfants et orphelins du VIH/Sida, etc. Cette distinction est très importante, même si elle est moins opérante au Cameroun et au Burkina Faso qu'en Afrique du Sud à cause notamment du traitement réservé à la notion de l'homosexualité dans ces deux premiers contextes. Elle permet tout au moins de voir l'incidence de l'action associative à la fois sur la vie des malades et sur les autorités publiques locales. En Afrique du Sud, par exemple, les premières campagnes associatives de lutte contre le VIH/Sida étaient une sorte de sensibilisation à destination des personnes homosexuelles, membres de GASA. Cette association existait déjà pendant le régime de l'apartheid mais était essentiellement tournée vers l'autoprotection des Gays et Lesbiennes. GASA menaient des activités clandestines car, le régime de l'apartheid réprimait les homosexuels au même titre que les noirs. Au Burkina Faso, AAS s'est formée dès 1987 autour de personnes infectées non homosexuelles et a ensuite été officiellement déclarée en 1991.

Mais, GASA n'a pas survécu aux nombreuses fractures identitaires et idéologiques qui la minaient. Elle a implosé au cours des premières années de VIH/Sida, suite aux désaccords politiques et stratégiques entre les activistes de la gauche anti-apartheid tels que Simon Nkoli, Edwin Cameron et Peter Busse et les conservateurs de droite revendiquant plutôt la ligne apolitique du mouvement homosexuel. Ces derniers ne souhaitaient pas faire l'amalgame entre les luttes homosexuelles et les mobilisations anti-apartheid quand bien même plusieurs membres Noirs influents du mouvement étaient également exposés aux discriminations raciales et que le régime de l'apartheid était par ailleurs fondé sur des politiques homophobes.

Sur les cendres de GASA, plusieurs associations furent créées à partir de 1987. Elles revendiquaient à une sorte de militantisme fondé à la fois sur les luttes politiques, homosexuelles, anti-apartheid et contre le VIH/Sida. L'épidémie de VIH/Sida est d'ailleurs très vite apparue comme le nouveau socle des ces organisations. Il s'agit de la Rand Gay Organisation (RGO), la Gay and Lesbian Organisation of the Witwatersrand (GLOW) et l'Organisation of Gay and Lesbian Activists (OLGA). Ces nouvelles associations avaient en commun le fait de réunir désormais des « camarades anti-apartheid » et homosexuels, concernés par le VIH/Sida pour avoir été infectés ou affectés. Elles ont à la fois combattu contre l'homophobie de la maladie, l'apartheid et la maladie elle-même.

Pour des raisons politiques liées précisément aux mobilisations anti-apartheid, nombreux de ces camarades engagés dans les associations homosexuelles de lutte contre le VIH/Sida, étaient également membres influents au sein de l'ANC. Ils représentaient l'élite intellectuelle de gauche, souvent juristes, médecins, militaires ou universitaires. En revanche, l'ANC bannissait également l'homosexualité. On se souvient qu'au sein de l'ANC la majorité de partisans avait parfois publiquement affirmé une certaine homophobie, déclarant à l'instar de Jacob Zuma que l'homosexualité était une antivaleur. Progressivement, ils ont obtenu, à la fin des années 80, la mise hors la loi de la discrimination basée sur l'orientation sexuelle, inscrite dans la déclaration des droits de l'homme de l'ANC. Le but des activistes homosexuels et victimes de VIH/sida était en fait, en apportant leur soutien aux mobilisations politiques de l'ANC dans le combat contre l'apartheid, de négocier, en contre partie, un nouveau pacte social qui inclurait les droits des homosexuels et des personnes vivant avec le VIH/Sida. Pour eux, il ne fallait

pas superposer des nouvelles formes de discriminations fondées sur l'orientation sexuelle et le statut sérologique sur les discriminations raciales. Ils préconisaient plutôt la lutte contre l'homophobie et le VIH/sida comme une reconversion des outils construits et mobilisés par l'ANC contre l'apartheid : notamment, les droits de l'homme considérés ici comme à la fois les droits des homosexuels à la liberté de pratiques sexuelles et les droits des noirs de vivre libres dans l'Afrique du Sud postapartheid⁴⁴⁰.

En ce qui concerne la deuxième catégorie, elle est constituée de groupes particulièrement construits en population à « risque » mais ne faisant pas partie de la communauté des homosexuels. Il s'agit, selon les cas nationaux, de prostituées, de jeunes, de migrants, de militaires, de transporteurs, etc. Ces groupes sont largement exposés à la maladie et les premières enquêtes du Global Program on AIDS sur les dynamiques de l'épidémie, les identifiaient comme faisant partie des communautés les plus touchées. Mais, cette classification catégorielle a également ses travers puisqu'aucun individu ne peut, en principe, être figé dans un seul groupe à la fois.

En revanche, et la cartographie de l'épidémie l'a confirmé, les militants associatifs voulaient casser ces cloisons en faisant cohabiter non seulement plusieurs causes à l'intérieur de la lutte contre le VIH/Sida mais aussi, plusieurs catégories sociales, dans ce même mouvement. Il s'agit donc pour ces mobilisations d'appréhender les malades quels qu'ils soient à travers les

⁴⁴⁰ On lira Mandisa Mbali « La TAC dans l'histoire de l'activisme du VIH/Sida basé sur les droits des malades en Afrique du Sud », *Face à Face*, Revue électronique, Université Victor Segalen – Bordeaux II, juin 2005.

dynamiques de l'épidémie, les histoires sociales et culturelles des groupes qui les composent et non pas uniquement à partir de leur « individuation » enfermée dans des catégories définies comme potentiellement touchées, puisqu'apparemment à la population « à risque ».

Les activités des associations consistent ainsi à les soutenir en leur offrant des informations utiles sur la maladie, ses modes de transmission, ses moyens de prévention et les évolutions sur les moyens pouvant atténuer leurs souffrances. Ces activités sont essentiellement articulées autour de la prévention, avec des supports pédagogiques variés selon les publics. Le contenu des messages de sensibilisation s'accommode de la culture locale et des déterminants sociologiques selon les pays. En Afrique du Sud, par exemple, ces messages font encore une place importante à la transmission de la mère à l'enfant alors qu'au Cameroun et au Burkina Faso, à côté de cette prévention périnatale, ils insistent également sur l'impact des pratiques socioculturelles traditionnelles telles que l'excision et le lévirat dans la propagation de l'épidémie.

Dans tous les cas, les associations mobilisent plusieurs supports de communication : la vidéo, les causeries-débats, les jeux concours, les animations théâtrales et les supports graphiques tels les livrets, les bandes dessinées, les journaux, etc. Au Burkina Faso, AAS y associe ses unités mobiles de dépistage et de prévention qui animent des campagnes itinérantes à Ouagadougou, à Bobo-Dioulasso et à l'intérieur du pays. Ces activités sont régulièrement soutenues par les kiosques implantés dans plusieurs localités du Burkina Faso. C'est en partie le rôle assigné à la Maison de l'Observance

de AAS à Ouagadougou. Les personnes vivant avec le VIH/Sida viennent y partager des moments de convivialité autour des repas qui tiennent précisément compte de leurs modes alimentaires, en accord avec les traitements et leurs besoins nutritionnels spécifiques.

A côté de la prévention, plusieurs associations ont conduit longtemps avant les pouvoirs publics, les premières activités dans le domaine du dépistage. L'action publique a, pendant de nombreuses années, oublié cet aspect dans la lutte contre le VIH/Sida. Au Burkina Faso comme au Cameroun, par exemple, une certaine démocratisation du dépistage a permis aux associations de s'investir dans cette activité dès les débuts de la moitié des années 90. Elles sont aujourd'hui techniquement et financièrement appuyées par les organisations de la société civile du Nord et les agences de coopération internationales. Ces dépistages se font sous la tutelle des structures institutionnelles locales comme le ministère de la santé et les CNLS. Au Burkina Faso, le premier centre de dépistage volontaire et anonyme (CDVA) a été créé en 1994 à Ouagadougou par l'association burkinabé des infirmières (ABI). Mais, après une année et environ 300 tests de dépistage, ce centre a été obligé de fermer à cause du coût très élevé des charges auxquelles ses promoteurs ne pouvaient plus faire face.

Vers la fin des années 90, avec l'arrivée de nouveaux tests moins coûteux, deux autres centres associatifs de dépistages ont été créés au Burkina Faso : l'un, créé en 1997 à Bobo Dioulasso, est le centre anonyme de dépistage et d'information (CADI), l'œuvre de l'association APRODEC sous la tutelle institutionnelle de la Direction régionale de la santé et l'autre, créé en 1998 à

Ouagadougou est le Centre d'information, de conseils et de documentation sur le VIH/Sida et la tuberculose (CICDoc). Le CICDoc est un collectif de sept (7) associations communautaires dont le but est justement de promouvoir la collaboration entre le monde médical et le monde associatif. Ce collectif est également un moyen de favoriser la disponibilité et l'accessibilité du conseil-dépistage. Il propose une documentation sur le VIH/Sida tout en développant au niveau national et local, le plaidoyer et l'assistance juridique des personnes vivant avec le VIH/Sida. Aujourd'hui, ce collectif s'oriente progressivement vers un autre type d'action : en effet, grâce aux compétences accumulées au cours de cette dernière décennie, il se propose d'apporter un appui technique aux associations de prise en charge communautaire. Le CICDoc travaille en partenariat avec des laboratoires privés, le centre national de lutte antituberculeux (CNLAT) et le CNLS. Dans cette perspective, AAS s'est doté d'un centre de traitement « le centre Oasis », appuyé par ses unités mobiles de dépistage et de prévention.

Au Cameroun, les premiers dépistages à partir de 1996 sont en grande partie le fait de l'hôpital Jamot, soutenu par une fondation privée du même nom. Le Dr Ghislaine Affana a ouvert également un service de dépistage anonyme à la Clinique Antivénérienne d'Elig Essono avant de quitter son emploi en 1998 pour un poste de conseiller au sein du Groupe technique central du CNLS camerounais. Les campagnes de publicité effectuées à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida célébrée chaque année le 1^{er} décembre et qui, depuis la fin des années 80, mobilisent au niveau national, l'ensemble des associations communautaires et des agences de coopération internationales, pendant quelques semaines autour de nombreuses manifestations de visibilité, ont accru la demande en matière de dépistage volontaire du

VIH/Sida. Au cours de cette période, marquée par une vaste campagne nationale de lutte contre l'épidémie, diverses émissions radiodiffusées et télévisées sont animées par l'ensemble des catégories d'acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/Sida. A cette occasion, le mouvement associatif de lutte contre le VIH/Sida essaie d'impliquer les personnes vivant avec l'épidémie dont les témoignages sont bien accueillis par les publics aussi bien en Afrique du Sud qu'au Cameroun et au Burkina Faso.

C'est ainsi qu'en Afrique du Sud, par exemple, la TAC a obtenu en 2005 de l'ancien président Nelson Mandela qu'il reconnaisse publiquement que son dernier fils encore en vie, Makgatho Mandela, décédé en janvier 2005, était mort du VIH/Sida. « J'espère qu'avec le temps nous réaliserons qu'il est important de parler ouvertement de ceux qui sont morts du Sida », avait-il ajouté. Mandla, le fils du défunt, a de son côté révélé que sa mère était également décédée du VIH/Sida un an plus tôt : « Il n'est pas le premier tué par le Sida. Notre mère est aussi morte des suites du Sida. Mais nous ne sommes toujours pas habitués à la mort ». On sait que Mandela, retiré de la vie politique depuis 1999, a fait de la lutte contre l'épidémie du VIH/Sida sa priorité. Il soutient l'action des associations en ce sens et a lancé une vaste campagne baptisée 46664, son ancien numéro de détenu à la prison de Roben Island, afin de recueillir des fonds et d'attirer l'attention des sud-africains sur l'épidémie. Lors de la conférence de presse donnée le jour du décès de son fils à Johannesburg, il concluait son propos en ces termes : « Je n'avais aucune idée, lorsque j'ai lancé cette campagne, que cela toucherait aussi un membre

de ma famille »⁴⁴¹.

Le succès rencontré par les associations dans leurs dispositifs de dépistage a largement contribué à la décentralisation de cette activité ainsi qu'à la connaissance par les citoyens de leur statut sérologique. Aujourd'hui, plusieurs associations proposent gratuitement le dépistage grâce aux financements désormais nombreux de Sidaction, Esther, du Fonds mondial, de la Fondation Bill Clinton et d'autres agences de coopérations internationales.

3. Le mouvement associatif : un acquis mais pas une panacée

L'enthousiasme suscité par les mobilisations collectives dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida ne doit pas non plus donner l'impression que tous les individus y accèdent et occulter les insuffisances très nombreuses encore de politiques d'accès au dépistage. En Afrique du Sud, ce dépistage est encore très limité en raison d'abord d'une très faible accessibilité en milieu rural et dans les townships où les individus ne se sentent pas encore concernés par la nécessité de connaître leur statut sérologique.

⁴⁴¹ Entretien avec Edwin Cameron, à Cape Town, le 14 mai 2007.

Ensuite, la connaissance du statut sérologique est encore un motif d'angoisse et de désespoir même en période d'une action publique du médicament très affirmée, compte tenu de la persistance du rejet social des malades et du phénomène de la stigmatisation. D'où les fortes réticences pour les individus qui, par ailleurs, sont encore marqués par les stigmates des erreurs des campagnes de sensibilisation de se soumettre volontairement aux tests de dépistage.

Les associations de la société civile se substituent également à l'Etat sur la prise en charge des malades et de leurs familles, notamment des enfants dont les parents vivent avec le VIH/Sida ou même des enfants, orphelins du fait du VIH/Sida. En 2005, la section OEV de AAS à Ouagadougou a accueilli 296 nouveaux cas composés de 135 garçons et de 161 filles. La prise en charge des OEV est constituée de trois éléments essentiels : les conseils d'orientation pour la reprise scolaire, les soins médicaux et psychosociaux et le soutien alimentaire. C'est une activité qui se construit sociologiquement à côté des structures publiques dont l'action présente, au-delà de la lutte contre le VIH/Sida, de nombreuses carences en matière de santé publique et de politiques sociales.

Au Burkina Faso, plusieurs associations disposent aujourd'hui de moyens et de services très compétitifs en matière de prise en charge thérapeutique de personnes vivant avec le VIH/Sida. C'est le cas par exemple de AAS, ALAVI et URBLIS à Ouagadougou et Bobo Dioulasso. Quelques initiatives sont également conduites dans d'autres provinces comme à Yatenga, Sanmatenga, Passoré et Mouhoun. Des associations font travailler, bénévolement ou avec

une modeste rétribution, du personnel de santé qualifié, médecins et infirmiers. Plusieurs d'entre elles disposent d'équipements et de centres spécialisés qui proposent des consultations médicales, des examens radiologiques et biologiques et des soins de santé. Les associations ont également l'avantage de coordonner de mécanismes de soins de santé à domicile pour les malades qui ne peuvent pas se déplacer à cause de leur état de la maladie très avancé.

A Yaoundé, AFASO organise également des visites à domicile. Mais celles-ci se limitent à différentes formes de soutien sans précisément déboucher sur des formes de soins à domicile. En fait, à la différence de plusieurs associations du Burkina Faso spécialisées dans la prise en charge globale, c'est-à-dire de la vie sociale aux traitements en passant par les tests de dépistage, les associations du Cameroun font exclusivement de l'accompagnement psychosocial. Cette situation est liée non seulement aux capacités et à l'expertise accumulée par les associations mais aussi aux pesanteurs de l'administration publique qui peut ou ne pas déléguer ses prérogatives aux acteurs associatifs. Elle renseigne de fait sur le niveau de responsabilisation et les capacités des acteurs associatifs à négocier, voire à se substituer aux services publics. En clair, les associations de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun ne disposent d'aucune compétence en matière médicale, champ encore réservé aux seules structures de santé publique. En Afrique du Sud, les visites à domicile sont également proposées, dans les townships, aux malades et à toute autre personne qui le souhaite.

Au Burkina Faso, la plupart des associations dont les centres de santé ne

peuvent pas réaliser les examens biologiques par manque de matériel, se réfèrent soit aux autres centres associatifs soit aux services de santé publique avec lesquels, elles établissent des accords pour que ces actes médicaux bénéficient des rabais. Plusieurs associations disposent également de pharmacies qui fournissent des traitements à très faible coût pour les maladies infectieuses opportunistes. Si en Afrique du Sud, les malades y compris les personnes vivant avec le VIH/Sida peuvent gratuitement obtenir les médicaments auprès des pharmacies grâce à l'action médicale de l'Etat, au Cameroun et au Burkina Faso, en revanche, les malades doivent payer leurs traitements. Les associations tiennent ainsi des officines pour fournir les médicaments à titre gratuit ou contre une modeste facturation. Elles sont souvent approvisionnées par des dons des hôpitaux et des laboratoires pharmaceutiques du Nord, avec lesquels elles sont liées par des accords de partenariat.

Plusieurs associations proposent enfin des activités de soutien socio-économiques spécifiques aux personnes vivant avec le VIH/Sida eu égard aux difficultés qu'elles rencontrent à accéder au crédit et au fonds destiné au projet de micro-finance. Les associations leur apportent également une aide alimentaire pour faire face aux besoins nutritionnels exceptionnels suite aux traitements. Au Burkina Faso, AAS assiste également les familles qui acceptent d'héberger les enfants victimes du VIH/Sida ou orphelins du fait du VIH/Sida. Cependant, dans ces trois pays, les luttes militantes contre le VIH/Sida sont portées par une dynamique collective qui laisse apparaître un développement très important d'acteurs associatifs et de mouvements activistes dont les logiques de configuration sont issues de l'héritage des mouvements de libéralisation politique de la fin des années 80.

4. L'action des « séroconcernés » eux-mêmes

Malgré la forte participation des organisations structurées privées et publiques, il subsiste un vide dans l'action antisida, surtout dans les zones rurales enclavées et désertées par l'administration publique. C'est exactement pour faire face à la désertion des centres de soins en milieu rural que les conseils sont habituellement organisés en groupe villageois ou dans les dispensaires de petite taille. A Bertoua comme à Bafoussam, à Bobo-Dioulasso ou à Guguletsu, à Langa et à Soweto, on observe le développement de plusieurs groupes spontanés au sein desquels se rencontrent les personnes séropositives. Ces regroupements sont à juste titre nommés par groupes de parole. Ils se servent généralement de la vidéo comme support de communication et de parole, se donnant ainsi l'illusion ou mieux la satisfaction d'interagir avec des spécialistes qui prodiguent des conseils derrière le petit écran de la télévision à défaut d'interagir directement avec eux. A Kayelitsha et à Guguletsu, dans la région du Cap en Afrique du Sud, certaines associations locales ont recours aux conseillers volontaires, des non-professionnels issus des communautés locales⁴⁴² ou d'autres associations partenaires, au rang desquels de nombreux volontaires allemands et australiens.

Cette approche, par la responsabilisation des leaders issus des communautés

⁴⁴² C'est le cas à Yaoundé du Centre Chantal Biya qui fait également recours aux services de conseil communautaires pour tenter de réduire la durée des sessions individuelles avant le test.

locales ou des dynamiques de personnes concernées elles-mêmes, ressemble à l'initiative de la GTZ au Cameroun. En effet, vers la fin des années 90, la GTZ a pensé une action envers les malades en encourageant et en accompagnant les personnes vivant avec le VIH/Sida, en vue de créer des associations locales des personnes concernées. Aujourd'hui, il y a un peu plus d'une centaine d'associations communautaires au sein desquelles les personnes vivant avec le VIH/Sida se soutiennent mutuellement et échangent sur leurs expériences de la maladie, du corps, des traitements et même des interactions sociales⁴⁴³. En fait, dans un contexte où la stigmatisation et la discrimination sont encore très considérables, l'action publique en matière d'IEC se focalise sur des programmes profondément ciblés, utilisant des relais locaux indépendants souvent issus de l'ensemble de légitimités en action dans ces sites⁴⁴⁴. Mais, les relais associatifs n'atteignent pas toutes les classes sociales.

Au Cameroun et au Burkina Faso, par exemple, les jeunes adolescents sont moins attirés par les conseils directement proposés par les structures associatives. Les 12-16 représentent en fait la catégorie sociale la moins réceptive aux messages de prévention véhiculés par les structures de masse organisées comme mécanismes de conseils. Cette catégorie s'intéresse plutôt aux messages diffusés par les médias de jeunes avec le langage de jeunes. Ils sont 96% au Cameroun à avoir un regard interrogateur sur les associations de lutte contre le VIH/Sida, contre 73% au Burkina Faso. Ils déclarent tous

⁴⁴³ On trouvera en annexe la liste des associations membres du RECAP+ mis en place par la GTZ au Cameroun.

⁴⁴⁴ Le cas des pairs éducateurs, des groupes de jeunes pour les jeunes, entre couples ou des groupes sociaux plus vulnérables comme les consommateurs de drogues et les professionnelles du sexe.

n'avoir jamais été en contact avec une association de lutte contre le VIH/Sida et même n'y avoir jamais pensé. En revanche, ils semblent apprécier les conseils sur le VIH/Sida qui proviennent des médias de jeunes : bandes dessinées, dessins animés, émissions radiodiffusées ou télédiffusées à destination de jeunes avec la parole aux jeunes, etc.

Au Cameroun, tous les jeunes affirment connaître et suivre régulièrement l'émission « entre nous jeunes » qui traite de la sexualité et du VIH/Sida sur la chaîne de télévision publique. Ils affirment d'ailleurs qu'ils connaissent et apprécient positivement les interventions d'Annette Epanya, Conseiller au sein du Groupe technique central du CNLS camerounais. Cette femme qui a longtemps travaillé dans le social intervient régulièrement dans les médias de jeunes sur les questions de la sexualité et du corps. Au Burkina Faso, les adolescents sont très « branchés » sur la station Radio de AAS.

Par contre, en Afrique du Sud, l'action de groupes organisés comme les mouvements des pairs éducateurs, permet aux adolescents de discuter des questions liées à l'épidémie du VIH/Sida et de prendre conscience du niveau de risque auquel ils peuvent s'exposer. A l'école publique de Guguletshu, grâce au travail des pairs éducateurs, de nombreux jeunes se sont volontairement soumis aux tests de dépistage. La plupart d'entre eux, 68%, ont fait connaître les résultats de leur test à une tierce personne et avaient, à partir de ce moment, l'intention de pratiquer une sexualité à moindre risque. Ceux qui n'avaient pas encore subi le test envisageaient sérieusement de le faire. Des conseillers sont de plus en plus formés soit dans un contexte intra-

générationnel (les pairs éducateurs) soit dans le cadre des « aînés sociaux »⁴⁴⁵, pour être en mesure de communiquer avec les plus jeunes et de saisir leurs préoccupations spécifiques dans le cadre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

Cependant, la prise en charge et le soutien des « professionnelles du sexe » couramment appelées « prostituées », ne sont pas encore intégrés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun où ces individus sont encore considérés comme « les produits de la honte »⁴⁴⁶. Au Burkina Faso, quelques associations comme AAS mènent des activités de sensibilisation et de conseil auprès de ces personnes à travers le programme de « Lucioles »⁴⁴⁷. En Afrique du Sud, plusieurs programmes leur offrent également les conseils, les possibilités de dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, des discussions de groupes sur la prévention et des préservatifs gratuits.

En un sens, à Pretoria on affirme que les services publics ne peuvent pas continuer à ignorer ces professionnelles dont le niveau de responsabilisation et d'information peut induire un effet considérable sur les résultats de

⁴⁴⁵ Expression empruntée à Fred Eboko qui l'emploie pour souligner le rôle de parrain que jouent les aînés dans la socialisation urbaine des plus jeunes à Yaoundé. Voir, F. Ebko, *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Op. cit.

⁴⁴⁶ Pour reprendre l'expression d'un haut fonctionnaire au Ministère de la santé du Cameroun.

⁴⁴⁷ L'action de Luciole consiste à veiller la nuit aux côtés des prostituées sur les lieux de prostitution, en leur apportant du soutien psychosocial et des informations sur le VIH/Sida.

différentes politiques de lutte contre le VIH/Sida : « Grâce à ces programmes spécifiques, on a constaté un usage de préservatifs en nette augmentation chez les prostituées de Johannesburg »⁴⁴⁸. Ce qui pourrait très certainement réduire l'incidence du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles parmi les professionnelles du sexe largement sollicitées dans les grandes villes sud-africaines par de nombreux travailleurs migrants. A Alexandra et à Khayelitsha, les milieux de professionnelles du sexe ont également bénéficié de programmes de formation des pairs éducateurs.

La connaissance du statut sérologique, surtout lorsque les résultats sont positifs, ne participe pas exclusivement à la prévention des nouveaux cas. Au cours de ses dernières années, les taux de séroprévalence ont été multipliés par deux ou trois, au Cameroun et au Burkina Faso alors que plusieurs milliers de dollars y ont été investis pour financer l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. En 2007, le taux de séroprévalence est de 12% chez les populations actives au Cameroun alors qu'il est de 4% dans la même catégorie sociale au Burkina Faso. En Afrique du Sud où jusqu'en 2002, on ne parlait pas d'action publique de lutte contre le VIH/Sida, du moins conduite par les autorités publiques nationales, le taux de séroprévalence pour cette même catégorie sociale, est estimé à 28% en 2007. Il fallait donc à côté de la prévention commencer à penser aux personnes qui étaient déjà affectées par le virus pour essayer de contenir les effets socioculturels et socioéconomiques de la maladie.

⁴⁴⁸ On se réfère au constat d'un sociologue chargé d'études au Ministère de la Santé à Pretoria.

Section 2

L'activisme antisida et les mouvements de revendications de la fin des années 80

Le courant de démocratisation des pays du Sud qui a suivi la chute du mur de Berlin et donc la fin de la bipolarisation Est-Ouest, a constitué un tournant important dans l'éclatement des arènes politiques en Afrique. Ce phénomène a eu des répercussions considérables et significatives dans la configuration des mouvements sociaux, avec l'irruption quasi inattendue sinon inespérée de nombreux acteurs sociaux⁴⁴⁹. René Otayek⁴⁵⁰ analyse l'émergence de ces acteurs comme une fenêtre d'opportunité en Afrique pour sortir des impasses du politique. Ce constat est plus qu'intéressant dans l'analyse de dynamiques associatives dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

Ces mouvements sont à ce titre portés par deux types d'acteurs : d'abord, les

⁴⁴⁹ Pour une discussion sur les acteurs sociaux, on lira les travaux de Marie-Emmanuelle Pommerolle. Dans sa thèse de doctorat en science politique, elle analyse les ONG, notamment celles qui se consacrent aux droits de l'homme, à la fois comme acteurs collectifs et lieux d'engagements individuels. Elle analyse ainsi les temporalités historiques dont sont redevables les promoteurs de l'action collective. Voir, M.-E. Pommerolle, *A quoi servent les droits de l'homme ? Action collective et changement politique au Cameroun et au Kenya*, Thèse pour le doctorat en science politique, Bordeaux, CEAN/IEP de Bordeaux, oct. 2005 ; on lira également R. Banégas, « Les transitions démocratiques : mobilisations collectives et fluidité politique », *Cultures et conflits*, n°12, 1993, pp.105-140; P. Birnbaum, « Mouvements sociaux et types d'Etats », in F. Chazel (dir.), *Action collective et mouvements sociaux*, Paris, PUF, 1993, pp.163-175. ; D. Cefaï et D. Trom (dir.), *Les formes de l'action collective. Mobilisations dans les arènes judiciaires*, Paris, Editions de l'EHESS, 2001. ; O. Filleule et N. Mayer (dir.), « Devenirs militants », *Revue française de science politique*, vol. 15, n°1-2, février-avril 2001.

⁴⁵⁰ R. Otayek (dir.), Otayek R. et al., *Les sociétés civiles du Sud. Un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*, Op. cit.

activistes issus des mouvements de jeunesse. Jeunes militants, ils ont été formés dans les réseaux syndicaux et associatifs scolaires par lesquels les partis politiques monolithiques répandaient l'idéologie dominante auprès de la jeunesse⁴⁵¹. Ces jeunes militants sont de fait des notables sur la scène politique locale, dans la mesure où ils jouissent d'une longue expérience des mouvements de revendications et d'actions collectives même s'ils servaient uniquement de relais idéologiques du Parti-Etat ; à côté de ces militants construits dans les réseaux de jeunesse, on note la participation d'une autre catégorie de militants issue plutôt d'une sorte de reconversion. Il s'agit des activistes qui appartiennent en fait à la classe de « vieux » militants ayant une longue expérience de mobilisations sociales et syndicales au sein des appareils partisans affiliés au Parti-Etat.

A la différence de la première catégorie de militants issus de mouvements de jeunesse, la seconde catégorie d'anciens syndiqués et politiques, souvent en exil, reste influente sur les partis politiques de la mouvance présidentielle et de l'opposition. Ces militants ont en effet été très actifs au sein des partis politiques qui composent le champ public national si bien qu'ils conservent encore une marge d'influence liée à la nature des connexions politiques qu'ils continuent à entretenir avec leurs « anciens camarades » devenus notables sur la scène politique locale.

En Afrique du Sud, plus qu'au Cameroun et au Burkina Faso, les réseaux militants de « l'élite civile » sont, dans le cadre de l'action publique de lutte

⁴⁵¹ H. Portelli, *Gramsci et le Bloc historique*, Paris, PUF, 1972

contre le VIH/Sida, adoubés par une autre catégorie d'acteurs et même de cause militante : les militants homosexuels et ceux de la gauche blanche anti-apartheid. Ces militants ont un rôle et une place très importants dans le développement de réseaux associatifs de lutte contre le VIH/Sida. Les associations locales de lutte contre le VIH/Sida se trouvent ainsi au croisement d'une double tradition militante, entre les mouvements de revendication politiques contre le monolithisme de l'Etat et la longue expérience des mouvements activistes homosexuels. L'action associative de lutte contre le VIH/Sida se nourrit intellectuellement et idéologiquement de la superposition de ces deux types de militantisme et de revendication qui, au début des années 90, ont abouti aux débats de démocratisation en Afrique subsaharienne.

La double tradition, revendications politiques et mobilisations catégorielles, explique par ailleurs l'impact local du mouvement associatif de lutte contre le VIH/Sida et le type de réseaux que ce mouvement est capable de mobiliser en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso. S'il faut, à partir de cette situation sociopolitique, établir une échelle en fonction de l'épaisseur et de la capacité des mobilisations collectives à se maintenir et à contrôler un ensemble de ressources militantes dans les espaces locaux et internationaux du VIH/Sida, les associations sud-africaines viendraient en première position, suivies de celles du Burkina Faso puis du Cameroun. L'échelle ainsi établie est déterminée par le niveau de visibilité et de lisibilité de cette double tradition militante. L'Afrique du Sud est l'exemple parfait du constat selon lequel les mobilisations collectives contre le VIH/Sida ont été nourries par les dynamiques accouchées par les mouvements de revendication politique (1). Par contre, le milieu associatif burkinabé se fait remarquer par une certaine

coexistence pacifique avec l'Etat (2) alors qu'au Cameroun, celui-ci tente de contrôler et de fragmenter le tissu associatif (3).

1. L'Afrique du Sud :

La mouvance des mouvements de revendication anti-apartheid

En Afrique du Sud, l'histoire et les méthodes de longues luttes anti-apartheid ont eu un impact considérable dans la construction et la configuration des réseaux d'acteurs ayant incarné un rôle majeur dans les mobilisations collectives contre le VIH/Sida. En un sens, dès le début des années 80, les trajectoires militantes de la lutte anti-apartheid ont inspiré les militants et les activistes antisida. Ceux-ci ont précisément procédé à une sorte de reconversion de ressources militantes et d'outils politiques générés par cette période, tout en exportant sur la scène africaine et internationale ce qui est en quelque sorte devenu « un savoir-faire militant » sud-africain.

En un sens, les constats de Marie-Emmanuelle Pommerolle sur le Kenya valent également pour le cas sud-africain :

« Dans le prolongement des revendications contre les abus du régime des années 1980 et pour le multipartisme, les catégories sociales, professionnelles et politiques actives sont les juristes, certaines Eglises et, fait nouveau, des hommes politiques de

l'opposition et des groupes populaires (représentants d'habitants de bidonvilles par exemple). Cette continuité est le fait de réseaux préalablement constitués et facilement mobilisables en cas de besoin »⁴⁵².

En même temps, pour qui ne connaît pas exactement les trajectoires historiques de l'Afrique du Sud, à travers les péripéties sociopolitiques imposées par les longues luttes anti-apartheid, le professionnalisme militant et l'expérience des associations sud-africaines de lutte contre le VIH/Sida peuvent finalement aider à comprendre en retour cette histoire politique de la lutte sociale contre l'apartheid. C'est précisément cette histoire essentiellement sud-africaine qui a forgée les outils et les référentiels idéologiques aujourd'hui mobilisés par les associations locales de lutte contre le VIH/Sida pour accabler le gouvernement de demandes, mobiliser la communauté internationale sur l'immobilisme de l'Etat sud-africain et combattre les résistances des laboratoires pharmaceutiques internationaux face à la nécessité d'admettre des inflexions aux accords de l'OMC sur la protection de la propriété intellectuelle relative à la santé. L'histoire et le rôle du mouvement militant sud-africain permet enfin de compte de comprendre la place particulièrement occupée par les associations sud-africaines, plus que tout autre association africaine, dans les débats sur les génériques et l'accès aux médicaments pour les malades africains. La TAC s'est montrée à l'avant-garde de tous ces débats en Afrique et ailleurs.

⁴⁵² M.-E. Pommerolle, *A quoi servent les droits de l'homme ? Action collective et changement politique au Cameroun et au Kenya*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Op. cit., p.93.

Cependant, l'hégémonie des associations sud-africaines sur les objets sociaux relatifs au VIH/Sida en Afrique est très contestée par d'autres associations africaines. Celles-ci reprochent à celles-là le fait qu'elles ignorent paradoxalement les dynamiques de l'épidémie et les mobilisations associatives ailleurs en Afrique qu'en Afrique du Sud. En ce sens, bien qu'étant présentes au nom de l'Afrique dans les logiques cumulatives de revendications et de négociations sur les scènes locales africaines et internationales, les associations sud-africaines méconnaissent les réalités africaines qu'elles ont pourtant la prétention de défendre. Elles n'ont d'ailleurs aucun partenariat associatif avec aucune association africaine.

Qu'à cela ne tienne, les associations sud-africaines de lutte contre le VIH/Sida ont la particularité de s'insérer avec la même ferveur et efficacité dans les deux doubles espaces d'élaboration et de mise en œuvre de l'action de lutte contre le VIH/Sida : il s'agit d'une part, des deux « local », c'est-à-dire l'Etat ou ses structures d'action publique et les interactions entre les mouvements associatifs locaux, et de l'autre, des deux « international », c'est-à-dire la dynamique des agences de coopération internationales ou interétatiques et les logiques de réseautage avec les associations et les ONG internationales. A ce titre, elles revendiquent le rôle de leadership sur les mobilisations de lutte contre le VIH/Sida en Afrique.

Dans l'Afrique du Sud postapartheid, les associations de la société civile ont finalement réussi à s'imposer comme acteurs singuliers dans l'espace des mouvements sociaux et interlocuteurs majeurs des pouvoirs publics, grâce entre autres à leur capacité managériale, leur sens du lobbying et de la

mobilisation des relais politiques et leur parfaite expertise technique et intellectuelle sur les objets qui touchent à l'épidémie de VIH/Sida. Elles mobilisent tout le bagage dont elles disposent dans les négociations bilatérales qu'elles conduisent avec le gouvernement de l'ANC, les syndicats professionnels et les grands groupes pharmaceutiques mondiaux. Avec ces mêmes outils qu'elles convertissent finalement en une sorte de mécanisme d'import-export, la TAC et la NAPAW s'affirment désormais comme les leaders africains du champ du VIH/Sida. Ces deux associations ont remarquablement participé et animé des débats lors de la dernière conférence mondiale sur le VIH/Sida à Toronto en août 2006 et au sein du groupe de consultation internationale, constitué autour du Fonds mondial à Genève. La TAC est d'ailleurs la seule association africaine de lutte contre le VIH/Sida qui participe et propose des ateliers thématiques autogérés sur les dynamiques de l'épidémie lors des Forums sociaux mondiaux.

En un sens, l'impact de l'action collective sud-africaine est précisément dû au fait d'avoir fédéré plusieurs types de revendications autour du VIH/Sida : les préoccupations des malades d'abord, mais aussi et surtout l'activisme homosexuel et les luttes contre le monolithisme politique. Plusieurs récits lient l'activisme militant de lutte contre le VIH/Sida à un certain activisme de malades. Mais, ceux-ci oublient la place des mouvements activistes homosexuels. En ce sens, même les homosexuels non infectés participent à ce mouvement. Ils connaissent forcément d'autres homosexuels infectés à travers les réseaux d'entraide homosexuels qui réunissent à la fois les homosexuels infectés et les homosexuels non infectés mais affectés par les terribles clichés d'une maladie largement associée à leurs pratiques homosexuelles.

2. Le Burkina Faso :

La coexistence pacifique avec l'Etat et l'autonomisation des associations

Dans cette échelle, les associations du Burkina Faso viennent juste après celles de l'Afrique du Sud et avant celles du Cameroun. En fait, tout comme les associations sud-africaines, les associations burkinabé héritent d'une longue tradition militante qui a forgé leur savoir-faire et leur capacité à donner une signification extravertie à la lutte locale contre le VIH/Sida. Ce qui leur offre une grande visibilité à l'extérieur du Burkina Faso et leur permet de se connecter aux ressources de l'extraversion pour s'affranchir du contrôle plutôt pesant de l'administration publique locale. Les associations du Burkina Faso agissent généralement en concertation et bénéficient de relations privilégiées avec de nombreux partenaires nationaux et internationaux. La diversification de stratégies d'action, de partenaires mobilisés et de ressources locales disponibles est sans nul doute l'atout principal du mouvement associatif burkinabé dont les échos se font entendre à l'extérieur. Cette posture permet d'accéder à davantage de ressources matérielles (expertise, fond d'aide, forum internationaux, etc.) et symboliques (légitimation auprès de différents réseaux sociaux, influence sur les administrations publiques, etc.).

Au-delà de la lutte associative contre le VIH/Sida, le Burkina Faso est connu pour la densité et la variété de son tissu associatif. La Haute-Volta coloniale connaissait la participation des premières associations dans les champs de développement et de la lutte contre la sécheresse autour des années 1940.

En 1990, la nouvelle législation sur la liberté associative adoubee par l'influence de la pratique des agences de coopération internationales favorables à l'émergence et à la reconnaissance de la société civile pour sortir des impasses du politique⁴⁵³, le Burkina Faso a connu une sorte d'explosion associative⁴⁵⁴. En 2001, le PNUD⁴⁵⁵ recensait environ 150 associations œuvrant directement dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida dont 80% furent créées entre 1991 et 2000 alors que les 20% étaient issues de la reconversion d'associations déjà existantes et travaillant sur d'autres objets sociaux.

La diversité et l'hétérogénéité des trajectoires militantes enrichissent ce paysage associatif. Ces deux postures sont liées aux différents moments de l'engagement individuel, à la distance prise par rapport aux instrumentalismes politiques et aux parcours militants plutôt marqués par des événements singuliers : la pauvreté, la rareté de ressources matérielles, les connexions aux sociétés occidentales et leur tutelle sur les scènes associatives et politiques locales et le dynamisme des populations du Sahel. De façon collective, ces trajectoires militantes renvoient à l'émergence de cohortes successives d'individus engagés à partir d'un événement générateur ou

⁴⁵³ R. Otayek, *Les sociétés civiles du Sud. Un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*, Op. cit.

⁴⁵⁴ B. Fonteneau, *Les associations de lutte contre le Sida au Burkina Faso. Analyse descriptive de leurs identités, de leurs pratiques et de leur environnement institutionnel*, Louvain-La-Neuve, Université Catholique de Louvain/Hoger institut voor de arbeid/Vlaamse Interne Universitaire Raad (VLIR)/Direction Générale de la Coopération Internationale, Septembre 2002.

⁴⁵⁵ PNUD, *Rapport sur le développement humain. Burkina Faso, 2001. La lutte contre le VIH-SIDA*, Ouagadougou, PNUD, 2001.

révélateur⁴⁵⁶. Cette perspective permet d'analyser le savoir-faire militant burkinabé à partir de l'identification de générations de militants issues d'un moment politique marquant.

Selon Cécile Péchu, « les déterminants de l'engagement dans une même organisation ou lors d'une même action sont divers, non seulement pour ce qui est des causes (objectives) mais également des raisons (subjectives) de l'engagement »⁴⁵⁷. De fait, les individus se réfèrent comme par habitus à ce moment. Ils se mobilisent en référence à lui et y ont participé dans la plupart de cas. Convaincu de cette approche diachronique qui démystifie finalement la création des groupes, Olivier Filleul souligne :

« L'adoption d'une perspective diachronique doit permettre de montrer comment les modifications de l'image publique d'un mouvement et de ses stratégies peuvent contribuer au cours du temps à bouleverser l'identité du collectif par la superposition de 'générations' de militants dont les propriétés et les raisons d'agir peuvent avoir varié »⁴⁵⁸.

⁴⁵⁶ On se réfère ici à la synthèse présentée par Pierre Favre entre l'approche événementielle et l'approche sociologique pour définir la notion de génération en politique. Il s'agit précisément de voir comment les groupes successifs d'individus construisent à travers l'histoire commune des dynamiques collectives avec plus ou moins la transmission d'un savoir désormais collectif. Voir P. Favre « De la question sociologique des générations et de la difficulté à la résoudre dans le cas de la France », in P. Favre et J. Crête (dir.), *Générations en politique*, Paris, Economica, 1988, pp.283-323.

⁴⁵⁷ C. Péchu, « Les générations militantes à Droit au Logement », *Revue Française de Science Politique*, vol.51, n°1-2, février-avril 2001, pp.74-75.

⁴⁵⁸ O. Filleul et N. Mayer (dir.), « Devenirs militants », *Revue française de science politique*, vol. 15, n°1-2, février-avril 2001, p.211.

3. Le Cameroun :

Le contrôle et la fragmentation du tissu associatif par l'Etat

On peut enfin classer en troisième position les associations du Cameroun. Elles occupent une place d'autant plus difficile qu'elles tentent de se forger un espace sur une scène locale fortement conquise et contrôlée par l'Etat, voir par l'ancien parti-Etat, le RDPC et ses structures administratives qui tentent encore de visser et de maintenir leur hégémonie sur l'espace associatif. Dans un contexte politique difficile, le gouvernement de Paul Biya n'hésite pas à recourir aux forces de l'ordre pour réprimer les associations, de façon violente et les mettre aux ordres. Aussi, la moindre percée publique d'une association est sanctionnée par une répression virulente, car les rapports de forces locaux sont tels que le gouvernement influence considérablement les actions policières et administratives envers les organisations de la société civile.

Les associations sont très largement associées aux mouvements de l'opposition dès lors qu'elles mobilisent les répertoires de la revendication et de la contestation. Or, l'histoire de l'opposition camerounaise met en évidence le « noyautage » de l'espace public par le RDPC qui continue d'agir comme dans un régime de parti-unique et la faiblesse des liens entre générations et, à l'intérieur d'une même génération, le caractère lâche voire hétérogène des interactions entre les individus.

Cette hypothèse est confortée par les stratégies scissipares encouragées par

les pratiques de cooptation des élites de la société civile au sein du RDPC et la suspicion qui gangrène les relations inter-associatives dans un contexte de rareté de ressources associatives. Dans ses travaux sur les organisations de droits de l'homme au Cameroun, Marie-Emmanuelle Pommerolle note quelques éléments qui consolident cette hypothèse.

Selon elle, la « moindre cohésion des générations de militants peut être interprétée comme la continuité de la rupture qu'a connue l'opposition politique au tournant de l'indépendance et de la faiblesse des mouvements des années 1980. Si les mouvements clandestins sont parfois évoqués comme source d'inspiration, ils ne sont pas invoqués spontanément et ne sont pas utilisés comme référence dans la défense des droits de l'Homme. Dans un contexte où la succession entre générations militantes est interrompue, où certaines ne souhaitent pas transmettre ou déléguer leur statut et leur savoir, où aucune cohérence ne vient lier les nouvelles générations, la solidité du mouvement de défense des droits de l'Homme est fragilisée »⁴⁵⁹.

Les pouvoirs publics utilisent parfois les artifices du droit pour contrôler et limiter l'action des mouvements militants. Dans ses recherches sur les usages politiques du droit au Cameroun, Pierre-Fabien Nkot⁴⁶⁰ dégage quelques lignes de clivage et de continuité entre le politique et le droit, en montrant précisément comment les acteurs politiques mobilisent les juristes, magistrats, consultants ou enseignants pour protéger leurs intérêts et légitimer un projet

⁴⁵⁹ M.-E. Pommerolle, *A quoi servent les droits de l'homme ? Action collective et changement politique au Cameroun et au Kenya*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Op. cit., p.204.

⁴⁶⁰ Pierre-Fabien Nkot, *Usages politiques du droit en Afrique. Le cas du Cameroun*, Bruxelles, Bruylant, 2006.

politique par le droit. Selon lui en effet, les dépositaires du pouvoir de l'Etat imaginent et produisent un ensemble de techniques juridiques, qu'ils convoquent progressivement et systématiquement de façon à faire un usage détourné du droit pour répondre aux finalités idéologiques et politiques. Transposée à notre champ d'étude, la proposition de Pierre-Fabien Nkot permet d'analyser les mécanismes de contrôle politique des mouvements associatifs camerounais par les instruments juridiques en vigueur.

L'article 71 de la Charte des Nations Unies consacre explicitement le terme ONG comme représentant les acteurs qui participent au développement, en dehors des Etats, acteurs majeurs classiques des relations internationales. Mais, au Cameroun, la vie associative est régie par deux lois qui distinguent précisément la liberté associative des activités des entités non gouvernementales : il s'agit de la loi n°90/053 du 19 décembre 1990 sur les libertés associatives et de la loi n°99/014 du 22 décembre 1999 régissant les organisations non gouvernementales.

A vrai dire, la loi de 1999 postérieure à celle de 1990, apparaît plutôt comme un mécanisme politique qui limite et visse les effets des droits engendrés par les instruments juridiques qui paradoxalement garantissent la liberté d'association. Fred Eboko note que « cette double terminologie, utilisée pour nommer un statut qui était encore commun jusqu'à une loi de 1999, informe surtout de la présence et de l'implication de catégories sociales différentes

dans le champ du Sida au Cameroun »⁴⁶¹.

Le hiatus entre la liberté d'association et l'organisation des activités associatives met également en lumière la désorganisation, voir la complexité et la fragmentation du champ d'action des associations de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun tout en révélant la volonté de l'élite politique de contrôler l'espace associatif en général. De ce fait, les associations de lutte contre le VIH/Sida sont, dans ce contexte tendu et fortement contrôlé par le parti politique au pouvoir, réduites au strict minimum comme des petites cellules dont l'action est circonscrite dans l'espace et le temps. Elles sont de fait des annexes des mécanismes publics de lutte contre le VIH/Sida et comme tels, agissent en sous-traitance sur des espaces et des objets qui intéressent peu ou pas les services publics.

Les acteurs politiques craignent entre autres le fait que, profitant de la liberté d'association, les promoteurs des initiatives associatives s'affirment en concurrence avec les institutions publiques qui ne sauraient contrôler leurs activités. L'Etat et ses représentants s'en servent pour refuser de collaborer avec des acteurs plutôt concurrentiels, voire ombrageux sur la scène internationale.

⁴⁶¹ F. Eboko, in Otayek R. et al., *Les sociétés civiles du Sud. Un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*, Op. cit.

Section 3

Le mouvement associatif dans les débats juridiques sur le VIH/Sida

Depuis son avènement et surtout son expansion rapide sur le continent africain, l'épidémie du VIH/Sida a toujours été associée à la morale sexuelle, véhiculant des clichés d'une maladie liée soit à la mauvaise sexualité soit à la marchandisation du corps. On en parle encore aujourd'hui comme d'une maladie « honteuse ». De ce fait, la réaction sociale et le regard d'autrui sur les malades obligent ces derniers et leurs familles, à ne pas accepter le fait d'être malade, à le dissimuler ou à ne jamais révéler leur statut de séropositif. Les malades sont encore victimes non seulement de l'épidémie mais aussi de la stigmatisation et de la discrimination.

En raison de la persistance de ces stigmatisations et de multiples discriminations qui les accompagnent, les militants associatifs se sont mobilisés pour qu'un cadre juridique nouveau soit construit afin de les protéger et de faire reconnaître la nécessité de les percevoir comme des êtres sociaux à part entière, détenteurs des mêmes droits que les autres individus : « la force et l'originalité d'une association comme la TAC en Afrique du Sud est d'avoir réussi une combinaison parfaite entre les mobilisations publiques, les actes de désobéissance civile et les actions en justice »⁴⁶². Les débats juridiques les plus importants en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso ont dans ce contexte porté sur la lutte contre les discriminations fondées

⁴⁶² Flavien Ndonko, entretiens de Yaoundé, novembre 2004.

sur l'épidémie et les orientations sexuelles (1) et sur la lutte contre la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH/Sida (2). Mais, ces débats concernent pour l'essentiel, l'Afrique du Sud. En effet, tandis que les associations sud-africaines ont réussi à conduire les tribunaux a joué un rôle essentiel dans la réduction de la stigmatisation et l'élargissement des droits de personnes vivant avec le VIH/Sida, les associations camerounaises et burkinabés sont restées très muettes sur ces questions. Aujourd'hui encore, les tribunaux camerounais et burkinabés ne se pressent pas, dans la plupart des cas, de connaître les affaires liées à la discrimination à l'égard de personnes vivant avec le VIH/Sida.

1. Les associations contre les discriminations fondées sur l'épidémie et l'orientation sexuelle

La lutte contre les discriminations repose sur des instruments juridiques donc très techniques si bien que les associations sont elles-mêmes parfois démunies lorsqu'elles ne subissent pas simplement la lourdeur et la pesanteur des institutions judiciaires qui les découragent. Au Burkina Faso, plusieurs associations s'essaient à l'appui juridique. Au sein de AAS, on trouve une juriste recrutée pour être à l'écoute des personnes en détresse et qui peuvent avoir des griefs à faire connaître à la justice mais ignorent les procédures. Pour la plupart de temps, ces personnes ont besoin d'une aide en matière procédurale et de suivi du dossier jusqu'au résultat. En 2005, la juriste de AAS a traité un peu plus de 10 dossiers portant sur le divorce, les menaces de

licenciement, la succession, etc. Après ces consultations, il est parfois difficile à la juriste de AAS de convaincre les personnes qu'elle accompagne de saisir la justice à cause de la peur de représailles, d'insuffisance des moyens ou même de la lourdeur des mécanismes judiciaires. Jusqu'à ce jour, aucun des dossiers présentés devant la justice a connu un dénouement.

En Afrique du Sud, la situation est toute autre. Elle est très lisible à partir de la posture d'un individu qui symbolise l'expertise et le militantisme articulé autour de la lutte contre le VIH/Sida. Il s'agit d'Edwin Cameron dont la position dans les luttes contre les discriminations en Afrique du Sud illustre parfaitement ce qui se joue autour de l'épidémie en termes de revendications collectives. Il y a comme une sorte de chevauchements entre l'activisme antisida et les capacités des militants associatifs à influencer les débats politiques et juridiques sur les perceptions de l'épidémie. Edwin Cameron est un activiste important dont l'expérience, comme bien d'autres militants célèbres de la cause antisida, remonte à l'époque des mouvements homosexuels et des mobilisations politiques anti-apartheid en Afrique du Sud ou pour le multipartisme au Cameroun et au Burkina Faso. Ces mobilisations de la fin des années 80 façonnent le paysage de revendications qui se greffent sur les luttes collectives contre le VIH/Sida.

Avocat défenseur des droits des homosexuels et des prisonniers politiques pendant l'apartheid puis des droits de personnes vivant avec le VIH/Sida à la fin de l'apartheid, Edwin Cameron est aujourd'hui Juge à la Cour Suprême sud-africaine. Vers la fin des années 80, il était à l'avant-garde de toutes les mobilisations en faveur de la réforme de la loi pour combattre la

discrimination basée sur l'orientation sexuelle et défendre les activistes anti-apartheid emprisonnés pour des raisons politiques. En 1986, il invitait les homosexuels blancs à se mobiliser non seulement contre les discriminations et les oppressions auxquelles ils étaient confrontés mais aussi contre les politiques racistes qui opprimaient les sud-africains noirs, homosexuels ou non⁴⁶³. Au sein du mouvement homosexuel, il incarnait l'aile qui combattait les discriminations raciales aux côtés de Simon Nkoli, noir et homosexuel, et de Peter Busse.

On se souvient également du rôle du Juge Edwin Cameron et de ses amis militants de la TAC dans la modification par l'Afrique du Sud de la loi sur les brevets dans le but d'importer à très bas coût les traitements du Sida, en copiant et en produisant les médicaments déjà disponibles. En plus, lors du procès de Pretoria, la TAC grâce à son expertise juridique a proposé ses services en tant qu' « amicus curiae »⁴⁶⁴ aux côtés du gouvernement de l'ANC pour faire face aux 32 firmes pharmaceutiques ayant attaqué le gouvernement sud-africain en justice dans l'affaire des génériques. A côté de ces questions, surgissent aujourd'hui encore d'autres types de préoccupations judiciaires à savoir la pénalisation de la transmission du VIH/Sida. Cette question qui revêt une actualité soutenue en raison d'une série d'affaires

⁴⁶³ Extrait de l'entretien du 24 juin 2007 avec Edwin Cameron, à Cape Town.

⁴⁶⁴ Cette notion dérivée du latin dont elle garde tout son sens désigne la personnalité qu'une juridiction civile peut entendre, sans autres formalités, dans le but de rechercher des éléments propres à faciliter son information sur la question en conflit. Car, malgré la critique selon laquelle le gouvernement n'a œuvré ni assez ni suffisamment vite pour combattre l'épidémie qui afflige peut-être 18% de la population du pays, les militants luttant contre le Sida ont accompagné ce gouvernement lorsqu'il a défendu la production de médicaments génériques moins coûteux par les pays les moins avancés, et remporté le procès entrepris par des sociétés pharmaceutiques multinationales en avril 2001.

pendante devant les juridictions pénales en Afrique du Sud et au Cameroun, notamment est essentiellement centrée sur la transmission sexuelle du virus.

2. Les associations contre la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH/Sida

Les colonnes des journaux sud-africains et camerounais ont donné un écho particulier à des faits et à des prises de position d'une toute autre nature en droit, concernant la vie des victimes du VIH/Sida poursuivis par un autre type de victimes : les victimes de la transmission sexuelle du VIH/Sida par d'autres victimes de la maladie. Ce scénario semble sceller une boucle autour de l'épidémie si bien qu'ailleurs on a même parlé de « victimes contre victimes »⁴⁶⁵ puisqu'il s'agit en l'espèce d'une victime du VIH/Sida poursuivie par une autre victime du VIH/Sida sauf qu'ici le plaignant croit connaître l'auteur de sa contamination alors que ce dernier ne connaissait pas celui par qui il a été lui-même contaminé. On s'aperçoit bien que les débats se sont articulés autour de la pénalisation ou non de la transmission sexuelle du VIH/Sida et non pas par les autres mécanismes de transmission. Cette question pose évidemment une série de problèmes aux militants engagés dans une dynamique de prévention.

⁴⁶⁵ On lira avec intérêt l'article de Christian Saout, Ancien Président de l'association Aides : voir, C. Saout « Sida, victimes contre victimes », *Le Monde*, 10 mars 2005.

Tout d'abord, ces associations reconnaissent le droit inhérent à toute personne de saisir un juge si elle s'estime victime d'une violation de ses droits par un tiers. Ce principe fonde l'appui juridique que AAS porte à ses usagers. Il justifie également la forte consommation du droit par la TAC à la fois contre l'Etat, les multinationales pharmaceutiques ou les particuliers pour lutter contre les stigmatisations et les discriminations liées à l'épidémie de VIH/Sida. Pour les acteurs associatifs engagés dans la lutte contre le VIH/Sida, le problème ne se pose pas par le fait de porter plainte, ni de se positionner comme victime : il n'y aurait pas de raison de prendre cette orientation idéologique dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida. Au contraire, il faut reconnaître et sanctionner la responsabilité des individus qui emploient des vices pour obtenir une relation sexuelle non protégée alors que les messages de prévention jusqu'ici diffusés par les associations ont insisté sur le caractère sexuel de la contamination au VIH et incitent les individus sexuellement actifs à réduire les risques par l'usage de préservatifs.

De fait, la plupart de plaintes reposent précisément sur le fait que des contaminations soient intervenues lors de relations sexuelles non protégées, au cours desquelles, l'un au moins des deux partenaires sexuels connaissait son statut sérologique mais n'aurait volontairement pas pris des dispositions adéquates en vue de protéger son partenaire de la contamination. Certes, l'information sur le statut sérologique du conjoint ou du partenaire ne peut pas être retenue comme facteur de tromperie : elle n'est pas obligatoire compte tenu du caractère confidentiel de la santé d'autrui. Mais, la non-protection dont est victime le conjoint ou le partenaire est en l'espèce perçue comme un élément qui engage la responsabilité de la personne séropositive.

On peut par ailleurs penser qu'à défaut d'être obligé de communiquer son statut sérologique à autrui, l'usage du préservatif lors de la relation sexuelle éviterait la contamination massive dans un environnement où les contaminations par voie sexuelle sont largement la raison de nouveaux cas de personnes séropositives. On se souvient ici d'Edwin Cameron qui disait que « la transmission accidentelle du VIH/Sida est pratiquement impossible »⁴⁶⁶. On sait qu'en Afrique du Sud, environ 6 millions de personnes sexuellement actives vivent avec le VIH/Sida. Elles sont un peu plus d'un million au Cameroun.

Cependant, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie, dès le début de l'épidémie, les politiques de prévention ont insisté sur l'altérité, c'est-à-dire le double sens de la responsabilité de soi pour la protection de soi et d'autrui. Elle renvoie précisément à la notion de la responsabilité partagée. En un sens, les deux partenaires engagés dans l'échange sexuel ont pour cela la responsabilité réciproque de protection. A cause de la stigmatisation, les individus refusent de se faire dépister ni de parler de leur séropositivité et rien ne les y contraint. En revanche, il leur revient dès lors qu'ils entrent dans une relation à deux, de se poser ensemble ou individuellement la question de la nécessité de l'usage du préservatif à partir de l'analyse des risques auxquels ils se seraient chacun antérieurement exposés ou même à partir du moment où l'on ne connaît pas encore mieux son partenaire. Car, la prévention voudrait que la protection engage la responsabilité individuelle et collective des deux partenaires : en ce sens, en protégeant l'autre, on se protège finalement soi-même aussi ou encore, on se protégeant, on protège

⁴⁶⁶ Entretien du 14 juin 2007 à Cape Town.

également autrui. Nombreuses statistiques montrent qu'il y a plus de séro-ignorants que de séropositifs connus.

L'action publique de lutte contre le VIH/Sida repose jusqu'à ce jour sur la prévention présentée comme est un processus dynamique qui, comme telle, concerne tous les individus engagés dans une relation sexuelle. Elle ne s'adresse pas uniquement aux personnes informées sur leur statut sérologique au terme d'une démarche personnelle et responsable de dépistage volontaire. Elle permet, dans un contexte de stigmatisation et de souffrance mentale du malade, non seulement d'encourager les personnes à connaître leur statut sérologique après le dépistage mais aussi de permettre aux séropositifs de continuer à avoir une vie sexuelle normale dans la protection d'autrui.

Le risque est de croire que la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH/Sida résolve le problème de la contamination. Il faut plutôt remettre la question du dépistage autant que celle du port du préservatif au centre de la prévention. Les individus doivent comprendre et saisir les enjeux de la connaissance de leur statut sérologique comme une opportunité de préserver leur possibilité de bonne prise en charge, avant que la maladie n'ait déjà accompli des ravages incontrôlables. Plus tôt on connaît son statut sérologique, mieux s'est dans l'accès aux traitements. C'est cette responsabilisation de soi qui pousse tout sujet à finalement exiger de son partenaire l'usage du préservatif et non simplement la responsabilité de soi vis-à-vis de l'autre.

Certains ont en fin de compte considéré le recours à un juge civil et non au juge pénal. Celui-là peut également être saisi pour accomplir un travail de réparation en reconnaissant la responsabilité et en décidant une indemnisation de la victime. Les associations dénoncent en fait les sanctions d'emprisonnement des individus qui ont, un jour, été également contaminés mais n'ont pas pensé à ce moment-là à se constituer en victimes. Le risque de la pénalisation est aussi de voir une demande judiciaire à chaque diagnostic de contamination à l'épidémie et donc de conduire les autorités publiques à ouvrir plusieurs établissements pénitentiaires vu le nombre de nouvelles contaminations chaque année par voie sexuelle. Le VIH/Sida serait à cet effet devenu une maladie qui met les victimes contre les victimes. Mais, d'autres lieux plus rigides peuvent être analysés pour rendre compte des affrontements entre acteurs engagés dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

Chapitre 8 -
LES LIEUX D’AFFRONTEMENTS ET DE POUVOIR

Certaines problématiques révèlent des tensions sinon des oppositions entre les modes d'action associatifs et les discours politiques sur l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Ces lieux d'affrontements sont autant de révélateurs des ambiguïtés sur les interactions nourries par les acteurs politiques et les militants associatifs. Les répertoires et les logiques d'action de ces deux types d'acteurs préfigurent cette sorte de tension ; ce d'autant plus que les acteurs associatifs n'opèrent pas seulement aux côtés de l'Etat mais aussi et surtout, à côté de l'administration publique avec des logiques de contournement et d'évitement de son contrôle. En ce sens, ils conduisent des actions de lutte contre le VIH/Sida dans une logique d'à-côté, dans une sorte de « mise à part », voire d'opposition par rapport aux dynamiques politiques qui soutiennent la mise en œuvre de « l'action officielle » des institutions de l'Etat.

Sous ce rapport, il s'agit dans ce chapitre de revenir en même temps sur la nature conflictuelle de la relation entre l'administration publique et l'intrusion des acteurs privés, c'est-à-dire entre les mécanismes officiels de décisions publiques et les initiatives des catégories sociales concernées, dans la production et la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Ces lieux d'affrontements sont entre autres révélés par les logiques d'harcèlement de l'Etat par les acteurs associatifs (section 1) et les transformations internes du mouvement associatif (section 2).

Positionnement panoramique du huitième chapitre

LES LIEUX D'AFFRONTEMENTS ET DE POUVOIR

Section 1

Les militants associatifs contre
les administrations publiques ?



Section 2

Les transformations internes du
mouvement associatif

Section 1

Les militants associatifs contre les administrations publiques ?

Des affinités entre les militants de lutte contre le VIH/Sida et l'Etat peuvent être perçues et analysées sous plusieurs angles dont les plus représentatives s'inscrivent en deux pôles. Le premier pôle est lié aux représentations sociales des plus anciens militants, ceux qui ont été actifs dans les réseaux affiliés aux mouvements de revendication et de contestation politiques au début des années 80. Ils sont souvent porteurs d'un héritage nationaliste et marxiste qui saisissait et présentait l'Etat comme acteur central. Le second pôle est celui de la formation intellectuelle et des trajectoires professionnelles des militants qui de ce fait sont mis dans une posture d'agents proches des institutions publiques et donc de l'intérêt général. Cette double situation permet d'entrevoir les liens très forts entre l'engagement antérieur qui a pendant plusieurs années façonné les militants associatifs et leur activisme dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida.

Dans son étude comparative sur l'Etat colonial, Crawford Young⁴⁶⁷ tente d'analyser la continuité entre le discours et les pratiques de l'Etat et les revendications des élites sociales. En un sens, en utilisant le langage de la construction nationale, les élites africaines ont accepté les institutions de l'Etat, son langage, ses limites, ses pratiques et ont développé alors un

⁴⁶⁷ C. Young, *African Colonial State in Comparative Perspective*, New Haven, Yale University Press, 1994.

discours d'intégration nationale et de développement social qui a reproduit la domination politique : « La reprise du langage, même dans sa forme subversive, est constitutive de la reproduction de l'Etat qui est originellement autoritaire »⁴⁶⁸. La construction des mouvements de lutte contre le VIH/Sida s'est précisément fondée sur ce schéma idéologique. Les activistes antisida continuent de valoriser cet héritage politique en construisant la mobilisation et la revendication pour la lutte contre le VIH/Sida comme un ensemble de problèmes politiques par lesquels ils s'opposent finalement à l'Etat et aux acteurs politiques.

Cette vision radicale s'est engagée, au moment des revendications multipartites, sur la base des droits de l'homme qui ciblaient l'Etat et ses institutions.

Marie-Emmanuelle Pommerolle montre que « L'Etat est ainsi vu comme le lieu d'une activité valorisée ou, plutôt, à valoriser car ses manquements seraient le fondement des dysfonctionnements sociaux. Côté les institutions administratives et politiques au cours de leur carrière, parfois écourtée, ces professionnels ne peuvent qu'en valoriser les dimensions face à d'autres secteurs occultés de leur champ de vision. Si la forme de l'Etat est visée, la question des détenteurs du pouvoir, de leur responsabilité et du rôle des droits de l'Homme dans le domaine politique est énoncée de façon plus ambiguë. Les droits de l'Homme se définissent en effet comme une cause universelle, flottant au-dessus des contingences

⁴⁶⁸ M.-E. Pommerolle, *A quoi servent les droits de l'homme ? Action collective et changement politique au Cameroun et au Kenya*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Op. cit., p.193.

politiques »⁴⁶⁹.

Les associations s'opposent généralement à l'Etat sur le sens et la signification du discours des droits de l'homme mobilisé par ces dernières (1) et la protection des catégories sociales stigmatisées (2).

1. La mobilisation du discours sur les droits de l'homme

Tout en empruntant les chemins désormais routiniers de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida sur la prévention et l'accès aux traitements antisida, les militants associatifs alimentent d'autres répertoires d'action habituellement négligés par les acteurs politiques. Ces types de répertoires dissocient les militants associatifs des acteurs politiques auxquels cet outil fait de revendication et de dénonciation les opposent plus qu'ils ne les rapprochent. D'outil, la mobilisation des droits de l'homme constitue davantage un discours sur la nécessité pour l'Etat de produire et de prendre en charge l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Aussi bien au sein des associations que face aux institutions et acteurs publics, ce discours fait souvent recours aux notions fondamentales de droits de l'homme et de libertés publiques. Il est en quelque sorte un exemple patent d'extraversion sinon de translation Nord-Sud, dont l'élan a d'ailleurs été donné par les

⁴⁶⁹ Idid., p.194.

premières mobilisations internationales contre le VIH/Sida.

En Afrique du Sud, le discours sur les droits de l'homme dans la lutte contre le VIH/Sida a eu ses premiers échos dans les mobilisations menées par les militants de la NAPWA puis ceux de la TAC contre le gouvernement de Thabo Mbeki en vue de le conduire à reconnaître le VIH/Sida comme « objet politique » et ainsi à conduire une action publique en faveur de l'accès aux médicaments pour les femmes enceintes séropositives et les personnes vivant avec le VIH/Sida. Les militants sud-africains, notamment ceux de la TAC ont, dès le début, inscrit leurs revendications dans les registres des droits fondamentaux. Le contexte postapartheid était précisément favorable au développement et à la mobilisation du discours sur les droits fondamentaux et les libertés fondamentales qui a justement permis de sortir du monolithisme politique. L'Afrique du Sud postapartheid découvrait les libertés publiques et était de ce fait en quête des droits individuels et collectifs.

Les militants de la TAC manipulaient à la fois les droits de la deuxième génération, à savoir les droits économiques, sociaux et culturels et ceux de la première génération, à savoir les droits civiques et politiques. En inscrivant ainsi les droits de l'homme au cœur des préoccupations sociales sur l'épidémie du VIH/Sida, les activistes de la TAC ne voulaient pas seulement rappeler aux militants de l'ANC les trajectoires douloureuses de leurs activismes communs et donc aussi de leur propres histoires militantes dans les mobilisations collectives qui ont abouti à la démocratisation et la reconnaissance des libertés individuelles en Afrique du Sud. Ils envisageaient

aussi et surtout, pour la plupart d'entre eux et à différents niveaux d'intervention, d'utiliser les droits de l'homme comme un ensemble de « droits absolus, réels et universels » opposables aux institutions publiques.

En fait, comme le révèle la rhétorique générale des mouvements sociaux, les luttes sociales s'adressent principalement aux institutions publiques qu'ils combattent. Sous ce rapport, l'action associative de lutte contre l'épidémie de VIH/Sida, dans son aspect revendicatif et contestataire, se révèle comme un mécanisme de condamnation dont les accusés sont principalement les Etats et les firmes pharmaceutiques. Les premiers sont perçus et construits comme des criminels compte tenu de leur inertie au cours des premières années de l'épidémie. Cette situation serait responsable des tendances croissantes de l'épidémie en Afrique. En revanche, les seconds sont accusés d'avoir maintenu des politiques de distribution des médicaments plutôt défavorables aux malades africains, même si les protocoles de l'OMC pouvaient justifier leur refus d'autoriser la production ou du moins le recours aux génériques par les Etats africains.

Plusieurs activistes évoquent – pour s'en féliciter voire se l'approprier – le rôle et les victoires successives du militantisme de la TAC⁴⁷⁰ justement fondés sur la mobilisation des outils et des mécanismes internes et internationaux de droits de l'homme. De telles mobilisations ont eu pour avantage de s'être accrochées aux valeurs normatives dominantes et aux postures idéologiques

⁴⁷⁰ Le parallèle vaut la peine compte tenu de sa place de plus en plus importante dans les réseaux internationaux de négociation et de prise de décisions sur les politiques de distribution des médicaments.

politiquement acceptées. Toutes ces prétentions universalistes sont à la mode au moment où il paraît difficile pour les militants associatifs de mobiliser les gouvernements africains sur les seuls objets du VIH/Sida plutôt soupçonnés d'être le fait d'antivaleurs de la prostitution, de l'homosexualité, etc.

Selon les militants du REDS⁴⁷¹ par exemple, les approches militantes par les droits de l'homme constituent l'un des meilleurs moyens de défendre l'ensemble de revendications politiques et sociales liées à l'épidémie du VIH/Sida, compte tenu des pesanteurs politiques et de l'imbrication des intérêts financiers défendus par des lobbies pharmaceutiques internationaux. En l'occurrence, ces derniers ont fait pression sur les gouvernements africains afin qu'ils renoncent aux revendications de produire des médicaments génériques antisida.

Les principaux leaders associatifs qui abordent la question dans ce sens insistent sur le fait que, selon eux, les valeurs normatives et les idéaux de la bonne gouvernance et de la démocratisation apparaissent désormais comme les « faux jumeaux » de l'éthique politique internationale⁴⁷². C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, aux yeux de plusieurs activistes et même de plusieurs acteurs politiques (au-delà de l'affrontement devenu classique entre les mouvements sociaux et les institutions gouvernementales), la constitution de

⁴⁷¹ REDS, Réseau éthique, droit et Sida au Cameroun.

⁴⁷² Propos d'une juriste camerounaise, membre d'une association locale de lutte contre le Sida, également notés dans la communication de Didier Fassin à la Conférence Francophone sur le VIH/Sida, réunie à Paris, deux mois après le Forum Social Mondial de Nairobi, en fin janvier 2007.

l’Afrique du Sud, qui protège explicitement les droits socio-économiques comme le droit aux soins de santé, le droit à l’égalité des sexes et à la non discrimination fondée sur l’orientation sexuelle, est considérée comme l’une des plus progressistes du monde.

Cependant, ce discours des militants associatifs par lequel ils tentent d’obtenir des concessions des pouvoirs publics et qui est construit sur les bases conceptuelles et méthodologiques de la promotion des droits de l’homme, n’est pas à l’abri de critiques. Loin s’en faut. Et, les plus virulentes critiques résultent comme un paradoxe des théories marxistes. En effet, les critiques marxistes⁴⁷³ mobilisées par certains militants pour dénoncer le capitalisme et l’ordre néolibéral associé aux mécanismes d’accès aux médicaments, présentent paradoxalement la société civile et donc les mouvements militants, comme une agrégation d’intérêts personnels hétérogènes. A ce titre, les mouvements militants apparaissent comme le prolongement de la société bourgeoise⁴⁷⁴. De fait, dans la perspective de Gramsci, les mouvements militants sont définis comme un magma qui renferme « l’ensemble des organismes vulgairement dits privés »⁴⁷⁵ mais inféodés à l’idéologie dominante qu’ils diffusent à travers « l’Eglise, l’organisation scolaire et les organisations de presse »⁴⁷⁶.

⁴⁷³ H. Portelli, *Gramsci et le Bloc historique*, Paris, PUF, 1972.

⁴⁷⁴ Ibid.

⁴⁷⁵ Ibid.

⁴⁷⁶ Ibid.

Les critiques de Gramsci sur les militants associatifs peuvent aujourd'hui expliquer les intérêts explicites ou implicites souvent manifestés par l'implication, le positionnement, le leadership et le type de légitimités mobilisées par les acteurs influents au sein du mouvement collectif de lutte contre le VIH/Sida.

Les tensions suscitées par les logiques associatives de gestion et de distribution des stocks de médicaments disponibles confortent ces critiques. En cela, certains acteurs associatifs sembleraient progressivement développer des entreprises paradoxales de « criminalisation » du champ d'action associatif de lutte contre le VIH/Sida en reproduisant précisément les attitudes des gouvernants africains : repositionnement individuel, usage des biais concurrentiels à l'intérieur du mouvement associatif, redistribution « clientéliste » des avantages du militantisme associatif, émergence des inégalités dans l'accès aux médicaments antisida, etc.

Enfin, les critiques marxistes montrent également que la tendance des militants associatifs à vouloir limiter le pouvoir de l'État en affirmant la primauté de la protection et la promotion des droits individuels – fondamentale aux discours sur les droits de l'homme – remonterait aux revendications moyenâgeuses sur le droit à la propriété privée⁴⁷⁷. Cette tendance révèle finalement une certaine « logique d'abonnement » qui voudrait que l'on partage les privilèges et bénéfices du militantisme au sein

⁴⁷⁷ On pourra lire le texte de Benedicte Dembour. Voir, B. Dembour, *Inside and Outside the Law: Anthropological Studies of Authority Ambiguity*, London, Routledge, 1996.

d'un cercle restreint d'amis et de clients.

Toutefois, plusieurs associations essaient dans leur pratique tout autant que dans leur discours de se mettre à l'abri du retournement des critiques marxistes contre les mouvements militants. En ce sens, elles s'impliquent dans une logique d'humanisation de l'expérience de la maladie, en soutenant les personnes vivant avec le VIH/Sida et leurs familles. C'est le cas de la plupart d'entre elles en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso où l'action associative se transforme exactement en une sorte d'action domestique.

En outre, elles dénoncent la logique du profit et le capitalisme qui, selon elles, influent négativement sur les politiques de distribution et d'accès aux médicaments dans les pays du Sud. Elles revendiquent par contre un monde équitable qui passe par la construction d'une « économie durable et centrée sur les peuples »⁴⁷⁸ et s'opposent aux calculs politiques qui exposent l'action publique de lutte contre le VIH/Sida à une certaine rentabilité politique. Rappelons qu'en 2003, le revirement du gouvernement de Thabo Mbeki, voire de l'ANC à conduire des politiques d'accès populaire aux traitements du VIH/Sida aurait été le fait de la mobilisation pré-électorale pour le second mandat du successeur de Nelson Mandela.

Les exemples de la TAC et de la NAPWA en Afrique du Sud, de la SWAA et

⁴⁷⁸ Confère l'intitulé du huitième terrain du Forum Social Mondial 2007 de Nairobi.

du REDS au Cameroun ou de AAS au Burkina Faso, sur lesquels plusieurs militants fondent leurs démonstrations contredisent la critique individualiste des droits de l'homme en affirmant une mobilisation pour l'accès universel aux médicaments. Ces militants tiennent précisément un discours basé sur les droits socio-économiques pour deux raisons. D'un côté, ils revendiquent des mécanismes de redistribution différenciée des médicaments antisida par les industries pharmaceutiques multinationales tout en contestant l'immobilisme des gouvernements des pays en développement. Ils surinvestissent ainsi le registre des droits de l'homme dont l'efficacité a été confirmée dans les mobilisations ayant abouti à la fin des régimes politiques autoritaires à parti-unique, en Afrique et en Amérique Latine. De l'autre côté, ils entendent représenter les communautés de victimes du VIH/Sida dont la défense exige de faire valoir un discours humanisant justement fondé sur les droits fondamentaux.

Dans cette perspective, les droits à la santé et les droits à la liberté de parole apparaissent en première ligne, pour affirmer de manière forte la douleur de ceux qui portent la maladie et leurs droits à la non-discrimination et à la non-stigmatisation en tant que personnes vivant avec le VIH/Sida. Ce discours continue à être mobilisé par les activistes de tout bord sur les scènes locale, nationale, régionale et internationale pour obtenir la distribution universelle des traitements et militer pour leur disponibilité en Afrique⁴⁷⁹.

⁴⁷⁹ On se réfère ici à l'implication personnelle de Zachie Achmat, Président de la TAC, dans plusieurs forums internationaux de négociation des stratégies d'accès aux traitements du Sida.

On peut également trouver ailleurs la dynamique qui associe les revendications des droits de l'homme aux mobilisations associatives sur le VIH/Sida pour expliquer entre autres les approches par le droit développées par plusieurs acteurs associatifs en Afrique du Sud. Dans les travaux de Jürgen Habermas, par exemple, apparaît une tentative non négligeable d'explication de la mobilisation de répertoires des droits de l'homme par les mouvements sociaux bien qu'il leur préfère le concept plus englobant de société civile. Habermas tente en effet de concilier les tensions entre d'une part, les institutions gouvernementales qui organisent et protègent précisément le domaine public y compris les droits individuels et collectifs et de l'autre, les mouvements sociaux qui mobilisent précisément le discours sur la promotion et la protection des droits de l'homme pour dénoncer les injustices résultant paradoxalement de l'action ou de l'inaction de ces mêmes institutions publiques⁴⁸⁰.

Le milieu associatif de lutte contre le VIH/Sida comme espace de contestation, de dénonciation et de revendication, composé d'acteurs très hétérogènes, est en réalité un bel exemple de la conception de Jürgen Habermas sur les droits fondamentaux et les libertés publiques. Selon lui, le système de communication et de mobilisation dans la société civile entretiendrait le domaine public. Crawford Young montre la continuité entre la construction de l'Etat, le marxisme et la mobilisation des droits de l'homme. Quand l'Etat démocratisé parle des droits de l'Homme, les élites le prennent au mot, et

⁴⁸⁰ J. Habermas, *Droit et démocratie. Entre faits et normes*, Paris, Gallimard, 1997 ; on pourra également lire S. Ashenden et D. Owen, (dirs), *Foucault contra Habermas: Recasting the Dialogue between Genealogy and Critical Theory*, London, Sage, 1999.

révèlent les écarts entre le discours et la réalité. L'Etat se consolide dans cet échange élitiste, il change de formes et de discours, de justifications langagières et d'oppositions idéologiques⁴⁸¹.

Autrement dit, dans la conception de Crawford Young et même dans celle de Jürgen Habermas des interactions entre les institutions publiques et les initiatives de la société civile, le maintien du domaine public garanti par celles-là suppose (paradoxalement ?) la promotion et la protection par celles-ci, des droits et libertés individuels et collectifs, notamment ceux liés à la liberté de parole, d'expression et d'opinion. En effet, ce sont ces droits que les acteurs associatifs mobilisent pour revendiquer et faire respecter le droit à la santé et la protection des malades contre les discriminations et les stigmatisations de toute sorte.

Sous ce rapport, la mobilisation du discours sur les droits de l'homme fonctionne sur le modèle du vase communicant, mettant ainsi les uns à côté des autres, les institutions de l'Etat et les réseaux associatifs, les droits de la première génération et ceux de la deuxième génération. En un sens, en luttant principalement pour les droits de la deuxième génération, c'est-à-dire les droits économiques, sociaux et culturels en l'occurrence, les droits à l'accès aux traitements du VIH/Sida, les mouvements sociaux défendent et promeuvent finalement les droits de la première génération. Ces derniers sont constitués des droits politiques et civils comme les droits à la liberté de

⁴⁸¹ C. Young, *African Colonial State in Comparative Perspective*, New Haven, Yale University Press, 1994.

parole et d'opinion. Ils se manifestent dans le cas d'espèce dans la liberté des individus de révéler ou non leur statut sérologique et de l'autre, dans les discours de dénonciation, de constatation et de revendication comme dans la véhémence des mobilisations populaires qui accompagnent les marches non violentes organisées à plusieurs occasions en Afrique du Sud et au Burkina Faso mais très peu ou presque pas au Cameroun.

Étant donné l'ambivalence du discours sur les droits de l'homme, les mouvements militants y ont largement recours en le diluant dans plusieurs autres problématiques sociales et politiques de la lutte contre le VIH/Sida. C'est le cas entre autres, des connexions qu'ils établissent régulièrement entre les mouvements de lutte contre le VIH/Sida et l'affirmation de l'activisme homosexuel. Il faut par ailleurs rappeler que, sur le plan historique, les mobilisations associatives contre le VIH/Sida s'apparentent souvent à un mouvement qui, à bien des égards, serait le produit de l'activisme homosexuel de la fin des années 1980 au Nord⁴⁸² dont les translations ont généré des dynamiques associatives au Sud. Dans cette perspective, on cite souvent l'exemple de l'influence d'Act-Up Canada et Etats-Unis dans la consolidation d'une branche très militante au sein de la NAPWA pour finalement déboucher sur la création de la TAC en 1990. Il y a également le soutien des associations françaises comme Act-Up Paris, Aides et Ensemble contre le Sida pour la création des premières associations militantes en Afrique francophone, notamment au Cameroun et au Burkina Faso.

⁴⁸² On peut se référer au contexte dans lequel les premiers cas du Sida ont été découverts aux Etats-Unis et l'émotion qui s'en est suivie dans les communautés homosexuelles.

2. La protection des catégories sociales stigmatisées

La place de l'activisme homosexuel a très souvent été négligée dans les scénarii de lutte contre le VIH/Sida en Afrique alors que l'épidémie y a été largement homosexualisée. En fait, au début de l'épidémie, on parlait du VIH/Sida comme d'une maladie des personnes homosexuelles, en rapport avec la première communauté homosexuelle touchée aux Etats-Unis. Partout en Afrique, on a repris cette même représentation de l'épidémie, à laquelle on associait la catégorie raciale « blanche » car, pour de nombreuses personnes en Afrique, l'homosexualité était une pratique sexuelle des « Blancs ».

Sous ce rapport, il peut paraître étrange aux observateurs et activistes africains de voir les rapports à l'homosexualité traités dans cette étude sur l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, dans la mesure où, au sein des associations et des structures publiques, on est peu ou pas habitué de voir cette cause s'affirmer publiquement dans un continent où l'homosexualité continue à être perçue comme un phénomène exogène. Pourtant, d'un autre point de vue, l'activisme homosexuel dans les mobilisations associatives de lutte contre le VIH/Sida, avec la progressive apparition publique des premières associations de Gays et lesbiennes, renforce les perspectives historiques qui rendent compte de la formation des espaces militants antisida et ceci sur deux faits.

D'un côté, les espaces militants de lutte contre le VIH/Sida sont constitués par des mouvements sociaux dont l'activisme est basé sur les droits des malades y compris le respect et la reconnaissance de leur statut particulier. De ce

premier constat découle l'idée très partagée de la protection par les associations des catégories sociales les plus vulnérables, à savoir les femmes, les enfants infectés par le VIH/Sida ou ceux affectés, parce qu'orphelins du fait de VIH/Sida. Leur protection se fonde également sur les instruments internationaux de droits de l'homme relatifs à la mise en œuvre de normes catégorielles. En Afrique du Sud, la TAC a développé plusieurs outils dans ce sens. Elle distingue dans ses actions, les initiatives destinées aux enfants et aux femmes. Au Cameroun, plusieurs associations telles que AFASO mènent des actions de lutte contre le VIH/Sida dans un dynamique « genrée » au profit de la femme séropositive.

De l'autre côté, les manifestations de lutte contre le VIH/Sida les plus virulentes et l'organisation de la contestation et de la dénonciation dans l'espace associatif la plus aboutie, ont été le fait de personnes homosexuelles ou de réseaux qui leur ont été très proches. En effet, l'incompréhension liée à leur choix sexuel et le rejet subséquent les ont précisément conduites à s'organiser très tôt en associations communautaires. Ceci expliquant cela, les premières analyses associaient le virus du VIH/Sida aux milieux homosexuels. Inversement, l'affirmation des revendications et de la contestation homosexuelles en Afrique trouve un terreau fertile dans l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. En un sens, les mobilisations pour les droits des homosexuels à exister en Afrique tentent progressivement de s'accrocher sur l'action de lutte contre le VIH/Sida, en soutenant avec force les mobilisations associatives antisida.

Ainsi, les mobilisations associatives dans la lutte contre le VIH/Sida prennent

en compte, comme par effet de vases communicants, l'ensemble de stratégies capables de protéger les personnes homosexuelles et ainsi d'atténuer les effets de la stigmatisation et de la discrimination pour des raisons sexuelles, en luttant contre une maladie encore associée à la vie sexuelle des individus. Les leçons apprises de multiples observations auprès des associations africaines de lutte contre le VIH/Sida confirment la proximité entre la lutte contre l'épidémie et la lutte contre l'homophobie.

Sous ce rapport, les homosexuels infectés ou affectés par le VIH/Sida sont devenus très actifs dans la lutte contre le VIH/Sida. Ils s'emparent de cet espace de contestation et de revendication pour se donner une visibilité dans la lutte parallèle contre l'homophobie tout en mobilisant d'autres militants au-delà des inconditionnels militants de la lutte à la fois contre le VIH/Sida et l'homophobie.

On sait bien qu'en Afrique, les mobilisations contre le VIH/Sida n'ont toujours pas été accompagnées de revendications homosexuelles même si l'ensemble de récits épidémiologiques s'accorde à souligner que dans ses premières années, l'épidémie de VIH/Sida ne concernait qu'une poignée d'homosexuels. En effet, partout en Afrique, les gros titres des journaux annonçant la découverte des premières victimes du VIH/Sida, présentaient cette épidémie comme une maladie des homosexuels. L'apparition de cette nouvelle maladie insaisissable et originellement rattachée à la pratique sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec leurs semblables, a semé la panique chez les homosexuels, organisés longtemps avant, en réseaux d'entraide et de soutien pour faire face aux préjugés homophobes. En Afrique

du Sud où l'homosexualité était connue, on pouvait les rencontrer au sein de la Gay Association of South Africa (GASA). Mais, au Cameroun comme au Burkina Faso, ils étaient sociologiquement invisibles et n'existaient que dans des réseaux très fermés pour se mettre à l'abri des sanctions pénales prévues par la loi.

Comme le montre Paul Benkimoun⁴⁸³, la place du mouvement homosexuel dans le mouvement activiste du VIH/Sida a eu d'importantes conséquences sur la formation des espaces militants très actifs dans la lutte contre le VIH/Sida. Ce que confirment d'ailleurs les militants sud-africains et camerounais « non homosexuels » rencontrés au FSM de Nairobi, en France, au Cameroun et en Afrique du Sud. Si au Cameroun tout comme au Burkina Faso, les premières associations étaient le fait de médecins et des travailleurs socio-sanitaires, en Afrique du Sud, les premiers mouvements activistes de lutte contre le VIH/Sida étaient conçus et perçus, selon eux, comme un mouvement d'homosexuels puisqu'un nombre considérable et croissant de malades était reconnu comme infecté par le VIH/Sida à partir des pratiques sexuelles homosexuelles. Ces mobilisations ont été le fait de personnes infectées et non infectées qui se sentaient concernées du simple fait qu'elles

⁴⁸³ P. Benkimoun, *Morts sans ordonnance*, Paris, Hachette Littérature, 2002.

étaient homosexuelles⁴⁸⁴.

En intégrant les réseaux de lutte contre le VIH/Sida dans lesquels ils se mobilisaient, les personnes homosexuelles voulaient non seulement comprendre ce qui se jouait autour de cette nouvelle maladie mal comprise, objet de diverses interprétations homophobes mais aussi contenir l'homophobie déclenchée par les media dont les représentations associaient généralement l'épidémie à une « pathologie naturelle » résultant de la sexualité des homosexuels. D'où l'idée du VIH/Sida perçu et construit comme un « fléau homosexuel », rapportée par les médias et les acteurs politiques africains.

Ces préoccupations continuent de jouer un rôle important dans les configurations de l'espace militant antisida en Afrique, en associant les homosexuels et les hétérosexuels qu'ils soient infectés ou non dans la lutte contre les discriminations fondées sur la pratique sexuelle et le statut sérologique.

⁴⁸⁴ Par exemple, comme le suggèrent en France, les premières mobilisations autour de Michel Foucault ayant abouti à la création de l'association Aides, certains homosexuels non infectés qui ont participé à des mouvements homosexuels étaient susceptibles d'avoir interagi avec d'autres homosexuels infectés par le VIH. D'ailleurs, à cette période les mobilisations homosexuelles prenaient la forme de réseaux d'entraide pour soutenir et informer les homosexuels séropositifs. Ce fut notamment le cas des premières permanences téléphoniques organisées dans l'appartement d'Etienne Deffert, le compagnon de Michel Foucault, qui portaient les germes de ce qui deviendrait « Aides ». Ailleurs, ce furent également les cas d'Act-Up (aux Etats-Unis) et de GASA (en Afrique du Sud).

Un militant camerounais rencontré au FSM de Nairobi expliquait avoir été contacté par des activistes homosexuels américains qui lui suggéraient de conduire des actions en faveur des homosexuels dans son pays en contrepartie d'un programme de financement. Ce qui l'a « naturellement effrayé », pour reprendre ses propres mots, compte tenu du contexte camerounais où l'homosexualité n'est pas encore socialement admise⁴⁸⁵. En Afrique, nous l'avons vérifié avec le Kenya pays hôte de cette édition du FSM, les principales organisations homosexuelles ne se servent pas de manifestations publiques, jugées trop visibles⁴⁸⁶. Elles s'abstiennent de recourir au militantisme affirmé dans un contexte où la sexualité des

⁴⁸⁵ On peut se référer à la polémique sur la publication des listes d'homosexuels présumés parmi l'élite politique et intellectuelle camerounaise. Cette question a rapidement été politisée parce que simple-t-il, elle remettait en cause des valeurs sociales camerounaises qui voudraient que l'acte sexuel soit exclusivement le fait d'un homme et d'une femme. Dans la plupart des pays d'Afrique l'hostilité et l'agressivité sont très fréquentes vis-à-vis des homosexuels. Elles sont parfois alimentées par des propos homophobes des hommes politiques, explique un homosexuel camerounais, rencontré à Nairobi. Au Cameroun, le président Paul Biya ne voulant pas prendre position sur la question alors qu'elle agitait les acteurs politiques en tension avec les médias, l'a renvoyée dans le domaine du privé. En Afrique du sud, Jacob Zuma, ancien vice-président et possible candidat à la présidentielle de 2009, déclarait en septembre 2006 au cours des débats politiques ayant conduit à la reconnaissance du mariage homosexuel que l'union entre deux personnes de même sexe était une disgrâce « pour la nation et pour Dieu », avant d'ajouter : « Quand j'étais jeune homme, je n'aurais jamais laissé un homosexuel m'approcher : je lui aurais cassé la gueule ». Au Zimbabwe, le président Robert Mugabe a déclaré que les homosexuels étaient « pires que des porcs ou des chiens ». En Ouganda, le président Yoweri Museveni a demandé à la police de faire des rafles dans les milieux homosexuels ».

⁴⁸⁶ On pense ici en Occident, notamment aux Etats-Unis où la discrimination liée au sida et particulièrement le refus d'engager des dépenses publiques suffisantes pour mettre en œuvre le traitement du VIH ont déclenché des actions plus radicales de la part des mouvements homosexuels. C'est le cas du groupe ACT-Up qui s'est formé à la fin des années 80 et qui mettait en cause le gouvernement américain, les grands laboratoires pharmaceutiques et les chercheurs engagés dans les programmes du Sida qui ne parvenaient pas à mettre en place un traitement efficace. Cet activisme a eu un impact considérable sur l'activisme des organisations africaines. Comme le souligne Paul Benkimoun, lors de la conférence de Montréal sur le Sida, ACT-Up a bruyamment perturbé les discours en organisant des grands 'silences' au cours desquels ses activistes faisaient 'le mort'. Il a mis au point des slogans politiques tels que « Silence = Mort ».

homosexuels et des lesbiennes est encore considérée comme une infraction à l'ordre social.

Evelyne Ankumah cite le Président du Zimbabwe et son ministre de l'intérieur qui encourageraient la discrimination qu'opère la législation du Zimbabwe à propos des homosexuels. Saisie pour cette affaire par un citoyen Zimbabwéen qui a finalement retiré sa plainte, la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples a tenu ultérieurement à déclarer, à travers l'un des commissaires qui en était le rapporteur :

« En raison de la nature délétère de l'homosexualité, la commission saisit cette occasion pour faire une déclaration sur la question. Bien que l'homosexualité et le lesbianisme aient acquis droit de cité dans certaines parties du monde, il n'en est pas de même en Afrique. L'homosexualité est une offense à la dignité et à la moralité en Afrique ; elle est incompatible avec les valeurs africaines positives »⁴⁸⁷.

Les fondamentalistes religieux de tout bord ont de leur côté, insisté au début de l'épidémie sur une explication eschatologique du VIH/Sida. En ce sens, les courants fondamentalistes religieux perçoivent et interprètent la virulence du VIH/Sida comme « le prix » à payer pour le « péché de l'homosexualité », conformément à la conception conservatrice de l'homosexualité en tant que « mal » ou trouble à « l'ordre sexuel normal ». Pour ce faire, les espaces de

⁴⁸⁷ J. D. Boukongou, « The appeal of the African system for protecting human rights », in *African Human Rights Law journal*, Volume 6, n°2/2006, Pretoria, University of Pretoria Press.

mobilisations et de revendications contre le VIH/Sida sont considérés comme de hauts lieux de luttes multiformes dont l'investissement militant peut tout aussi bien servir la cause de la reconnaissance et du respect d'autres formes d'orientation sexuelle. On commence d'ailleurs à assister aux premières manifestations publiques de réseaux associatifs de personnes homosexuelles en Afrique y compris la mobilisation des associations de lutte contre le VIH/Sida pendant la « Gay pride ».

L'adoubement du mouvement homosexuel par l'activisme antisida explique en partie l'affirmation des groupes homosexuels dans les ateliers sur le VIH/Sida lors des forums sociaux mondiaux. Ce qu'on ne perçoit pas forcément dans d'autres lieux de prise de parole. En Afrique du Sud, la superposition entre les revendications homosexuelles et les mobilisations contre le VIH/Sida peut aussi permettre d'analyser deux profils très présents dans ce champ d'action. D'une part, il s'agit de fait d'interroger le rôle, le statut et le leadership de Zackie Achmat, le militant des droits des homosexuels, au plan national et international et de l'autre, pourquoi le juge Edwin Cameron a été l'un des plus fervents partisans d'un accès plus large aux traitements du VIH/Sida en Afrique du Sud. Le Juge Cameron a aussi été l'initiateur du chantier constitutionnel qui a abouti à la non-discrimination basée sur le statut VIH/Sida et l'orientation sexuelle. Cette double posture est aujourd'hui une certaine garantie à une sorte de passerelle entre les légitimités expertes et communautaires que nous discuterons dans les lignes qui suivront.

Enfin, le chevauchement constaté sur les revendications et les mobilisations

associatives autour de la lutte contre le VIH/Sida s'étend également à d'autres types de problématiques et d'objets. En Afrique du Sud, on note par exemple une logique de triangulation dans les dynamiques associatives de l'homosexualité, l'épidémie et l'apartheid. En un sens, les mouvements activistes homosexuels y ont combinés plusieurs objets au tout début des années 80 dont la cause contestataire et revendicative pouvait enrichir les dynamiques sociales et collectives de revendication et de contestation plus large. Cette stratégie de compilation de causes à vocation mobilisatrice basée sur les droits de l'homme et les libertés fondamentales a permis à ces activistes de former de larges alliances et ainsi de mettre en mouvement, au-delà de l'activisme homosexuel, les espaces politiques, les cercles intellectuels, les mouvements syndicaux, les milieux d'affaires, les forums sociaux, les réseaux du showbiz, etc.

Au Cameroun et au Burkina Faso, en revanche, le caractère en négligé voire tenu en suspicion des revendications et de la constatation des droits de l'homme n'a pas permis de lui associer la cause homosexuelle dont l'adoubement serait certainement contreproductif à la fois pour les droits de l'homme, la lutte contre le VIH/Sida et les droits des homosexuels à y exister.

Section 2

Les transformations internes du mouvement associatif de lutte contre le VIH/Sida

Dans ses travaux sur les interactions militantes, Frédéric Sawicki montre que « par les règles de fonctionnement dont il se dote, par les buts qu'il s'assigne, le groupement va renforcer la position de certains, en exclure et en attirer d'autres, d'où la coexistence pas toujours pacifique de plusieurs générations militantes »⁴⁸⁸. Cette perspective consolide les analyses de Michel Crozier et Erarld Friedberg⁴⁸⁹ qui posent que les organisations créent des types de pouvoirs qui correspondent précisément aux compétences et aux transformations qu'elles souhaitent. Les mutations de ces pouvoirs engendrent des changements de caractéristiques de leurs détenteurs tout en induisant des formes de mécanismes d'institutionnalisation de pouvoirs pourtant non-institutionnels. Transposée à notre champ d'étude, cette analyse peut nous servir à identifier les dynamiques internes de changement au sein même des associations de lutte contre le VIH/Sida, enclenchées par des mécanismes de frottement et d'affrontement entre des groupes et des individus aux intérêts et aux aspirations plutôt différents.

En un sens, les avantages symboliques (et mêmes matériels) engendrés par la lutte contre le VIH/Sida semblent avoir généré une réalité hybride : d'un côté,

⁴⁸⁸ F. Sawicki, « Les temps de l'engagement : à propos de l'institutionnalisation d'une association de défense de l'environnement », in Jacques Lagroye (dir.), *La Politisation*, Paris, Belin, 2003, p.123-146.

⁴⁸⁹ M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1972.

les pouvoirs publics veulent en contrôler les ressources ; de l'autre, les acteurs de la société civile semblent progressivement développer des entreprises paradoxales de reproduction des attitudes des gouvernants. Cette section tente d'analyser les nouvelles formes qui se dessinent dans le champ d'action associatif de lutte contre le VIH/Sida tout en interrogeant les tensions qui freinent finalement la portée de l'action associative en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun. Les transformations internes du mouvement associatif se manifestent d'une part, par la concurrence, l'exclusion et les modes de légitimations (1) et de l'autre, par le leadership, les collusions et les tensions entre associations (2).

1. Concurrence, exclusion et modes de légitimations

Deux types de positionnements en conflit ont pu être observés au sein des associations de lutte contre le VIH/Sida. Cette zone de conflit est liée aux nombreux affrontements entre les professionnels de la santé et les activistes, souvent concernés eux-mêmes par la maladie. Il s'agit plus concrètement des militants des années 80 marqués par les luttes politiques anti-apartheid en Afrique du Sud et pour la démocratisation au Cameroun et au Burkina Faso. Ils sont de ce fait particulièrement attentifs aux méthodes percutantes, visibles, éclatantes et violentes de la revendication et de la contestation. Ils multiplient ainsi les plaidoyers, inondent le gouvernement et les parlementaires de revendications et de sollicitations.

En Afrique du Sud, les militants antisida sont régulièrement présents à la commission « VIH/Sida » du Parlement à Cape Town. Ils travaillent quotidiennement en fonction de demandes des victimes, allant d'un bureau à l'autre, d'une corporation à l'autre. Ils multiplient les actions de rue, les interventions dans les medias, les dénonciations radicales du gouvernement et du ministre de la santé, Mantho Tshabalala-Nsinmang. Ce conflit ressemble, à quelques traits près, aux tensions perçues et analysées par Cécile Péchu au sein du DAL, entre « les professionnels et les militants 'purs' ». Les professionnels exorcisent l'association de « son caractère radical » et se trouvent de fait en contradiction avec les militants 'purs', c'est-à-dire les malades et leurs proches. Ceux-ci sont mobilisés par le côté symbolique, affectif et sacré du militantisme, une sorte d'anamnèse ou d'acte « gratuit » au sens économique.

En fait, les militants des années 80 et les activistes séropositifs estiment que l'investissement dans la lutte contre le VIH/Sida se justifie par son côté radical comme l'ont été les luttes politiques pour la fin de l'apartheid et des régimes à parti-unique : « le politique ne se meut que face à l'action radicale, il n'entend que le langage de la violence (...). Le langage plat et plein de 'caresses' le touche peu. Pour nous, c'est clair, nous devons dire qui est l'ennemi, qui est l'ami »⁴⁹⁰. Or, la posture des professionnels de la santé engagés dans les associations brouillent les frontières entre la cible et les victimes, en ce qu'elle ne correspond plus ni à cette radicalité, ni à la violence des revendications et de la contestation, souvent conduites sous les phares des médias.

⁴⁹⁰ Entretien avec Zachie Achmat, à Muisenberg, dans la région du Cape en juin 2007.

De ce fait, les mobilisations associatives de lutte contre l'épidémie de VIH/Sida font progressivement émerger deux types de légitimités sur lesquelles repose l'expertise proposée par les militants associatifs. La première est fondée sur une expertise militante soutenue par un ensemble de connaissances scientifiques sur l'épidémie et les problématiques qui lui sont associées alors que la seconde repose sur une expertise communautaire, c'est-à-dire sur un ensemble de considérations qui prend en compte la proximité et l'expérience des individus avec la maladie : c'est une sorte d'expertise des malades eux-mêmes. En d'autres termes, les mécanismes d'intervention des acteurs associatifs reposent désormais concomitamment sur la légitimité experte et la légitimité communautaire.

L'idée de « légitimité experte » est justifiée par le fait que les militants revendiquent et mobilisent souvent un ensemble de connaissances scientifiques qui leur donne finalement le droit d'intervenir sur les champs médicaux et sociaux de la lutte contre le VIH/Sida. Certains s'en prévalent d'ailleurs pour consolider leur insertion sur ce champ et leur légitimité à parler au nom des malades dans les débats sur les réponses à l'épidémie de VIH/Sida au double niveau national et international. Cette légitimité est très significative au niveau interne dans les rôles et les fonctions que certains individus s'attribuent au sein des associations. Elle permet également de dégager quelques profils types de dirigeants associatifs suivant deux déterminants essentiels. En un sens, les médecins et les personnes de santé sont généralement présents dans les associations de lutte contre le VIH/Sida alors qu'une autre catégorie d'élites, les juristes contrôlent les espaces associatifs de promotion et de défense des droits de l'homme, vers la fin des années 90. Ces deux catégories interagissent régulièrement dans le champ

collectif de lutte contre le VIH/Sida en insistant chacune sur un pan de revendication et de contestation relatif à leur domaine respectif de compétence intellectuelle.

En ce sens, dans les répertoires et les logiques associatifs de lutte contre le VIH/Sida, il faut aussi être attentif aux chevauchements de ces deux déterminants scientifiques et intellectuels, surtout à cause de la complexité des enjeux et des problématiques désormais liés à l'épidémie et à ses conséquences. De fait, les médecins interpellés par les enjeux médicaux de l'épidémie de VIH/Sida formulent et accompagnent la mise en œuvre de réponses médicales et thérapeutiques. Ils créent et dirigent de ce fait des associations tournées vers la prise en charge médicale, la prévention de nouvelles contaminations et le suivi thérapeutiques des individus sous traitements. En revanche, les juristes impliqués dans les associations de lutte contre le VIH/Sida s'intéressent, quant à eux, à la protection et à la défense des droits individuels et collectifs de personnes vivant avec le VIH/Sida et de leurs ayants droits. Ils essaient donc de contrôler les associations de lutte contre le VIH/Sida dont l'objet essentiel est la protection des victimes dans leur vie ordinaire, en milieu de travail, etc. Ils se mobilisent ainsi pour la lutte contre les discriminations liées au statut sérologique et revendiquent les droits d'accès pour tous aux soins de santé et aux traitements de VIH/Sida.

En Afrique du Sud, les juristes, les universitaires et d'autres intellectuels de gauche soutiennent fortement le développement des associations communautaires qui promeuvent les approches par le droit. Ils se sont d'ailleurs saisi des débats sur les Accords sur les aspects du droit de la

propriété intellectuelle sur le commerce, portant essentiellement sur le droit à la santé et d'accès aux médicaments. Ils critiquent fortement les dispositifs nationaux de protection des droits individuels mis en cause par les effets sociaux de l'épidémie de VIH/Sida.

Au Cameroun, le REDS s'intéresse également à ces problématiques juridiques dans le cadre de ses campagnes et de ses consultations. On peut également se référer au discours d'une juriste camerounaise, activiste et animatrice d'une association de lutte contre le VIH/Sida, dont les préoccupations sont fortement tournées vers les accords de l'OMC qui limitent la production des médicaments génériques en vue de baisser les coûts de médicaments antisida.

Fred Eboko perçoit également cette sorte de légitimité scientifique en évoquant la notion de « biopouvoir » comme pour parler précisément de la place des médecins dans les premières mobilisations associatives contre le VIH/Sida au Cameroun. Mais, le fait est que cette expertise dépasse désormais le seul cadre biomédical et s'intéresse à d'autres corporations intellectuelles très influentes sur les débats et les enjeux contemporains de l'épidémie de VIH/Sida.

Théoriquement, la légitimité experte renvoie au portrait souvent associé aux activistes de la TAC en Afrique du Sud. En ce sens, au niveau international, ils symbolisent une certaine exportation de l'expertise militante sud-africaine dont le noyau dur est formé par une élite intellectuelle, des anciens militants de l'ANC et des mouvements homosexuels, reconvertie des longues années

de la lutte anti-apartheid. D'ailleurs, la rhétorique de la TAC s'articule très souvent autour de ce que ses militants appellent « apartheid sanitaire » avec le recours au cri de ralliement de l'ANC « Amandla! », pour désigner l'immense population sud-africaine exclue des traitements du VIH/Sida pour des raisons de revenus⁴⁹¹.

Le second type de légitimité est une légitimité dite communautaire, celles des militants associatifs qui s'intéressent précisément à la prise en charge psychosociale de personnes vivant avec le VIH/Sida, d'orphelins et d'enfants victimes du VIH/Sida. On y associe également d'une part, l'ensemble de connaissances générées par une certaine expérience de la maladie et des complications de traitements antisida et de l'autre, les systèmes d'entraide collectifs construits autour du suivi, de conseils et d'appui multiforme aux personnes vivant avec le VIH/Sida. Il s'agit donc à partir de ce type d'expertise communautaire, de voir comment les personnes concernées, séropositives ou liées à la vie d'une personne reconnue comme telle⁴⁹², investissent le champ de la lutte contre le VIH/Sida en créant des dynamiques propres aux personnes infectées ou affectées, à l'instar du slogan « soyons tous séro-concernés ». C'est le cas des représentants de la NAPWA qui critiquent vigoureusement « le caractère trop technique des débats sur les traitements alors que les malades eux, sous informés des protocoles thérapeutiques, sont en train de crever ».

⁴⁹¹ Dans ce cadre, les profils types sont entre autres, ceux de Mark Heywood et d'Edwin Cameron. Le premier est anthropologue, professeur d'université et dirige la TAC depuis sa création alors que le second est éminent juriste, activiste et avocat puis juge à la cours constitutionnelle sud-africaine.

⁴⁹² Le cas de Geneviève Spaak, venue de Niamey où elle accompagne des personnes séropositives.

2. Leadership, collusions et tensions inter-associations

Les tensions au sein du mouvement militant de réponse à l'épidémie du VIH/Sida ne viendraient pas exclusivement de l'affrontement entre ces deux types de légitimités. Elles viendraient également de tentatives individuelles, voire collectives de certaines associations au leadership interne et continental en vue de capter et de contrôler les ressources symboliques et matérielles issues de l'activisme antisida, à l'échelle nationale et continentale ou mondiale.

Ces tensions moins perceptibles dans les discours de militants que dans les pratiques des associations sont mises à jour par des logiques de regroupements régionaux et les jeux d'alliances liés à la participation dans tel ou tel réseau au niveau national et international. Elles mettent en évidence une recomposition militante en termes de régions (Afrique centrale, Afrique de l'Ouest, Afrique australe, etc.), d'héritages linguistiques (Afrique francophone et Afrique anglophone, notamment), d'organisations phares et partenaires (TAC, NAPWA, AAS, GTZ, etc.), de personnalités plus ou moins charismatiques, etc.

En Afrique du Sud, par exemple, il y a un clivage entre la TAC et la NAPWA. La TAC jouit incontestablement d'une légitimité experte avec une capacité remarquable à mobiliser les intellectuels et les acteurs politiques locaux alors que la NAPWA dont elle est d'ailleurs issue, revendique une légitimité communautaire, précisément fondée sur un activisme des malades eux-mêmes, exorcisé des causes corollaires.

En outre, hors de l'Afrique du Sud, on peut également percevoir le poids de l'hégémonie plutôt envahissante de la TAC ou plus large des associations sud-africaines en Afrique. Il y a d'un côté, la tendance à l'expertise militante et intellectuelle reconnue aux activistes sud-africains quels qu'ils soient et de l'autre, une orientation plus communautaire à travers le recours aux formes traditionnelles de solidarités africaines, observée au Cameroun et au Burkina Faso. Le cas par exemple des activités créatrices de revenus développées au sein des associations camerounaises et burkinabé de lutte contre le VIH/Sida pour permettre aux personnes vivant avec la maladie de supporter les coûts de traitements, dans un contexte de déficit de mécanismes institutionnels de solidarité collective : pas de système de sécurité sociale, ni de mécanisme public de redistribution pour aider les personnes à revenu modeste, etc.

Une autre catégorie qui distingue, dans les revendications et les mobilisations associatives de lutte contre l'épidémie de VIH/Sida, l'activisme des militants sud-africains à celui d'autres associations africaines, notamment celles du Cameroun et du Burkina Faso, se greffe sur l'expérience, le professionnalisme et le radicalisme face aux institutions de l'Etat. En plus, à la différence des associations militantes camerounaises et burkinabés confrontées à un régime politique encore sous l'effet d'un autoritarisme plus ou moins mou et sans issue à terme sur les politiques sociales, les associations sud-africaines jouissent d'un contexte politique et social favorable à la manifestation de rue et à l'expression de foule.

En plus, comme nous l'avons souligné plus haut, le savoir-faire militant des activistes sud-africains est également le fait d'une longue construction

historique, résultant d'une combinaison douloureuse et controversée entre les revendications homosexuelles des années 80 et les longues luttes politiques anti-apartheid. Les sud-africains ne manquent pas d'occasions pour démontrer leurs capacités d'actions militantes comme dans le cas des luttes ayant abouti à la considération par l'Afrique du Sud de l'épidémie du VIH/Sida comme objet politique, déployées contre le gouvernement de Thabo Mbeki.

Au-delà de la vie associative elle-même enracinée dans une tradition sociale globale de revendication, de contestation et de mobilisation collectives, cette tentation hégémonique des activistes sud-africains peut-être assimilée au (re)positionnement politique de l'Etat sud-africain sur le continent. L'Afrique du Sud a plus que jamais une certaine conscience du rôle politique, économique et intellectuel qui est le sien sur le continent africain même si elle se donne peu ou pas les moyens de l'assumer convenablement. Elle participe certes dans de grands cercles politiques internationaux au sein desquels elle porte la « parole » africaine mais, il lui manque encore entre autres, une réelle connaissance du continent au-delà de la lecture qu'elle s'en fait à partir de l'Afrique du Sud.

Toutefois, pour le cas des associations, il ne s'agit pas comme le reconnaissent certains militants non africains d'une hégémonie active, résultant d'une volonté manifeste d'imposer leurs pratiques et leurs analyses des situations épidémiologiques africaines plutôt hétérogènes dont la réalité échappe par ailleurs aux leaders sud-africains. De fait, ni la TAC, ni la NAPWA, ni aucune autre association sud-africaine n'entretient de rapports affirmés avec aucune

autre association africaine. Si nombreux militants camerounais et burkinabés connaissent la TAC, rares sont en revanche, les militants sud-africains qui connaissent au moins une association camerounaise ou burkinabé. Les associations sud-africaines perçoivent leurs pairs africains comme des succursales de l'Occident et elles préfèrent directement discuter et négocier avec les associations occidentales, notamment américaines, canadiennes et britanniques et allemandes, devant lesquelles elles portent paradoxalement une plaidoirie africaine.

L'hégémonie sud-africaine dans le domaine du VIH/Sida, dénoncée par certaines associations africaines est certainement liée au leadership de la TAC et à son rôle de porte-parole de l'Afrique ou plus largement encore des pays en développement, aux côtés des associations latino-américaines et asiatiques. Cette hégémonie n'est cependant pas le fait d'une volonté délibérée de la TAC de s'imposer mais plutôt le résultat du militantisme de cette association dont l'expérience remonte aux longues années de luttes sociales en Afrique du Sud et le fait de la reconnaissance de son expertise par le milieu associatif africain. Cette hégémonie, si on peut encore parler d'hégémonie dans ce contexte et au regard des faits, doit être nuancée : à l'international, de nombreux militants africains, francophones notamment, semblent n'avoir jamais interagi avec la TAC dont les activités sont ignorées d'eux à l'exception des luttes nationales pour l'accès aux traitements, très médiatisées au Nord en vue de relayer les appels de la société civile sud-africaine.

Les associations sud-africaines ne sont pas très présentes dans les mobilisations associatives en Afrique. Elles n'ont par exemple proposé

aucune activité au Forum social mondial de 2007 qui s'est tenu à Nairobi et donc pour la première fois en Afrique. Certes, la TAC et la NAPWA ont été représentées au Forum social mondial de 2007 à Nairobi par trois activistes dont la responsable des campagnes internationales de la TAC. Mais, le leader de la TAC, Zachie Achmat, très connecté aux réseaux internationaux de défense de la cause de VIH/Sida, n'a pas fait le déplacement de Nairobi. On a l'impression que, du point de vue structurel, les mobilisations africaines sont « banalisées » par les associations sud-africaines qui se disent pourtant « parler au nom de et pour l'Afrique ». Cette situation expose les militants sud-africains à la critique car, aux yeux de certains observateurs, l'Afrique dont et pour laquelle ils parlent se limite à l'Afrique du Sud.

Toutefois, il ne s'agit pas, du moins dans le domaine du VIH/Sida, d'une opposition de nature à mettre dos-à-dos les associations sud-africaines et les associations camerounaises et burkinabés. Car, les tensions sont inhérentes à la multiplicité d'acteurs opérant sur un même objet, ce d'autant plus qu'au sein même de l'espace associatif sud-africain, des tensions se font jour entre les associations de lutte contre le VIH/Sida. Ce constat est également plausible pour qui veut analyser la structure de conflits au sein des associations camerounaises et burkinabé. Aujourd'hui, le clivage est de fait très marquant entre les mouvements qui revendiquent une expertise communautaire, mobilisés pour les droits et le soutien de personnes vivant avec le VIH/Sida et les mouvements issus de l'expertise scientifique menant des campagnes internationales pour l'accès aux traitements.

Les premiers représentés par des structures communautaires telles que AAS,

REV+ ou AFASO et le COLIBRI, tentent d'installer une certaine hégémonie symbolique sur la scène locale et nationale se satisfaisant de l'accompagnement de malades alors que les seconds sont plus tournés vers l'international en adoptant une position experte basée sur le lobbying et la mobilisation des instruments juridiques. En Afrique du Sud, par exemple, on peut également évoquer les oppositions construites autour du gouvernement de l'ANC pour montrer les clivages liés à l'action militante dont le succès a, par ailleurs, confirmé la réputation sud-africaine en matière de mobilisation⁴⁹³.

Il nous semble cependant difficile de soutenir que la TAC est plus proche de l'ANC que ne le serait une autre organisation sud-africaine. A Toronto, par exemple, lors de la conférence mondiale sur le VIH/Sida, le NAPWA a vigoureusement dénoncé le vandalisme des militants de la TAC qui ont saccagé le stand du Ministère sud-africain de la santé. Les militants de la TAC contestaient la légitimité du Ministère de la santé à participer à cette conférence au regard de son inertie dans la gestion des réponses à l'épidémie du VIH/Sida.

Mais, certains observateurs marqués par l'idée générale d'une exceptionnalité sud-africaine tentent de légitimer au sein du mouvement militant antisida, un conflit pour le moins irréel entre les sud-africains et le reste des africains. On oublie très souvent deux autres zones de tensions très importantes qui sont

⁴⁹³ E. Zuern, « La pauvreté en débat. Marginalité et démocratie constitutionnelle en Afrique du Sud », *Politique africaine*, N°103, décembre 2006.

d'une part, la bataille entre les donateurs pour leur visibilité et de l'autre, les conflits entre les bénéficiaires pour capter les ressources financières de plus en plus disponibles à l'international. Les rivalités entre les agences de coopération bilatérale ou les grosses organisations non gouvernementales occidentales, dont chacune veut s'assurer la collaboration de « clients » locaux spécifiques⁴⁹⁴, renforcent la suspicion et les tensions entre les associations du Sud qui de leur côté veulent se fidéliser aux programmes de financement induits par leur coopération avec les organisations étrangères. Fred Eboko⁴⁹⁵ le souligne en montrant que les rivalités entre les associations locales, souvent instrumentalisées par les financeurs et leurs partenaires du Nord, face à la disponibilité croissante des antirétroviraux et des programmes de financement du Fond Global, combinées à la mauvaise gestion des stocks des médicaments, transforment le secteur associatif africain en alternative peu efficace du secteur public.

Conclusion de la troisième partie

La participation du mouvement associatif dans la production de réponses adaptées et ciblées à l'épidémie du VIH/Sida ne fait aucun doute. Elle se

⁴⁹⁴ F. Eboko, *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Thèse de doctorat en science politique, CEAN/IEP de Bordeaux, 2001.

⁴⁹⁵ Fred Eboko, *Ibid.*

constate partout en Afrique avec des résultats plus ou moins mitigés selon les contextes sociopolitiques nationaux et les déterminants socioculturels propres à ces pays. A la différence des institutions publiques nationales de réponses à l'épidémie du VIH/Sida, les dynamiques associatives s'imprègnent des réalités sociales des individus et de leur rapport au corps et à la santé pour induire des réponses adéquates. Elles interrogent les systèmes sociaux de base, en articulant avec les préoccupations de santé, un certain nombre d'autres aspects de la vie sociale. Dans ce cadre, elles inventent les mécanismes de prévention et de prise en charge individuelle et collective des personnes vivant avec le VIH/Sida ; elles combattent les injustices des administrations publiques et le capitalisme des firmes pharmaceutiques en mobilisant les outils des droits de l'homme ; elles se préoccupent des discriminations liées aux catégories sociales les plus exposées à la maladie : les orphelins du VIH/Sida, les enfants victimes du VIH/Sida, les femmes et les homosexuels, etc.

Mais, les réponses associatives sont encore limitées par plusieurs phénomènes. Il y a par exemple, les tensions et les légitimités qui fondent l'action des leaders associatifs. La régulation autoritaire de l'espace associatif dans les pays du Sud, partagés entre les exigences de l'émergence d'un Etat de droit et la nostalgie politique des pratiques autoritaires, constitue également une des limites majeures à la mobilisation associative dans les réponses à l'épidémie du VIH/Sida.

Pour sa part, le législateur camerounais définit une ONG comme « une association déclarée ou une association étrangère autorisée conformément à

la législation en vigueur, et agréée par l'administration en vue de participer à l'exécution des missions d'intérêt général ». Ainsi, l'acquisition d'une personnalité juridique par une association est subordonnée à l'agrément que lui délivre l'administration publique. Dans la plupart de cas, cet agrément anéantit la possibilité pourtant reconnue comme essentielle pour une association de mener des initiatives privées, hors de la sphère publique. Le législateur camerounais ouvre volontairement une brèche à la possibilité de politisation des mécanismes de création et des décisions des ONG qui, pour être reconnues, doivent satisfaire entre autres, les intérêts de l'administration publique.

La définition associée aux ONG leur déni par ailleurs la volonté d'indépendance vis-à-vis de l'administration publique qui fait d'elles des auxiliaires. Les articles 2 et 3 combinés de la loi de 1999 stipulent qu'elles sont tenues « de participer à l'exécution des missions d'intérêt général (...) en fonction des priorités fixées par les pouvoirs publics, notamment dans les domaines juridique, économique, social, culturel, sanitaire, éducatif, humanitaire, en matière de protection de l'environnement ou de promotion des droits de l'homme ». En revanche, ce texte ne mentionne nulle part les caractères pourtant fondamentaux des ONG qui sont des associations apolitiques et à but non lucratif. La production du législateur est en inadéquation avec la pratique de l'exécutif dans la mesure où le Ministère de l'Aménagement du territoire, en conformité avec le PNUD, définit l'ONG comme une organisation ou une association à but non lucratif ayant des objectifs de développement bien précis, servant les intérêts d'une communauté, d'une collectivité ou d'une couche particulière de la population avec sa participation consentante. Cette définition a l'avantage d'être

novatrice en ce qu'elle introduit la variable « participation consentante » qui est devenue le nœud du développement des réponses locales à l'épidémie du VIH/Sida.

CONCLUSION GENERALE

Au cours de ces vingt-cinq dernières années marquées par l'épidémie de VIH/Sida, les sciences sociales en général ont connu un développement significatif en vue d'interroger et d'accompagner les mutations sociales et les mobilisations suscitées par cette épidémie. Cependant, l'analyse politique ou du moins les recherches africanistes en science politique, très présentes dans de nombreux domaines de la vie politique africaine, ont paradoxalement été très timide sur le champ du VIH/Sida alors qu'il recèle incontestablement quelques enjeux de pouvoir.

En Afrique subsaharienne, l'épidémie de VIH/Sida apparaît à une période où l'Etat est asphyxié par la crise économique des années 80 et les effets du clientélisme et de la redistribution néo-patrimoniale des ressources publiques qui criminalisent les systèmes politiques postcoloniaux. C'est à partir de là que se comprennent les insuffisances des administrations publiques et des systèmes de santé hérités de la colonisation qui se montrent finalement incapables de formuler et de mettre en œuvre l'action publique de lutte contre le VIH/Sida adaptée aux situations de personnes vivant avec l'épidémie. Dans ce cadre, en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun, les organisations de la société civile se substituent à l'Etat en développant des stratégies communautaires fondées sur les besoins réels des populations à risque : les homosexuels, les prostituées, etc. Elles ont été pendant de longues années les principales pourvoyeuses et bénéficiaires des services de prévention, de traitements, de prise en charge et de soutien. Ce d'autant plus que les mécanismes publics et les structures administratives publiques étaient déjà symboliquement et matériellement en perte de légitimité sur la gestion des problématiques sociales.

Si au Cameroun et au Burkina Faso, dans une certaine mesure, les organisations de la société civile s'organisent aujourd'hui à la marge de l'Etat en conduisant des actions soutenues par des dynamiques associatives et publiques internationales, en Afrique du Sud, elles continuent d'accabler le gouvernement et ainsi de forcer les décisions de l'Etat sur les objets de VIH/Sida, principalement sur la lutte contre les discriminations fondées sur le statut sérologique et la lutte pour l'accès aux traitements de VIH/Sida. Ainsi, l'action publique qui de façon classique relève de la puissance publique et donc de la mission régaliennne de l'Etat, échappe progressivement à son contrôle en faisant apparaître une nouvelle forme de désétatisation de l'administration publique. Il y a comme une mise sous tutelle de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida, à la fois par des acteurs collectifs locaux et par la communauté internationale. L'Afrique du Sud répond essentiellement à ce premier schéma alors que le Burkina Faso et le Cameroun présentent un modèle hybride où interviennent à la fois les acteurs communautaires de petites tailles et la grande influence de la communauté internationale. Celle-ci soutient à la fois les mécanismes publics et les dynamiques des associations communautaires. L'émergence de ces nouveaux acteurs-relais sur la scène publique est en fait renforcée par trois facteurs : les translations associatives Nord-Sud, les dynamiques de réseautage au Sud et la conjoncture des débats politiques internationaux sur les droits de l'homme et l'Etat de droit en Afrique.

C'est dans ce contexte que ces nouveaux acteurs privés s'imposent comme des interlocuteurs incontournables des bénéficiaires de l'action publique de santé et partant, participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida aux niveaux national et international. Ce

statut leur est également conféré du fait qu'ils interviennent souvent dans les domaines et les zones désertés par les structures étatiques. En Afrique du Sud, on les retrouve dans les townships en proie à de nombreux faits de violence, à l'insalubrité et des conditions matérielles répugnantes. Au Cameroun, les associations s'occupent des services quotidiens à la personne malade : aide volontaire à domicile, accompagnement quotidien, conseils nutritionnel et thérapeutique, prise en charge de la progéniture, etc. Au Burkina Faso, les associations rivalisent d'idées et d'initiatives pour que la vie des personnes vivant avec le VIH/Sida soit moins pénible possible : elles s'occupent des politiques d'accès aux traitements, de la prise en charge des orphelins du VIH/Sida et des enfants vivant avec le VIH/Sida, etc.

Sous ce rapport, les associations de lutte contre le VIH/Sida s'imposent comme des intermédiaires privilégiées entre la communauté des donateurs internationaux et les populations locales. Ce privilège acquis au fur et à mesure que ces acteurs s'expriment sur les questions de VIH/Sida au niveau local, national et international, renforce leur prestige vis-à-vis de l'Etat et les met au cœur de l'action publique. En ce sens, l'action publique n'est plus finalement la seule entreprise des pouvoirs publics mais aussi celle de ces acteurs souvent dits périphériques mais qui, dans les technologies de lutte contre le VIH/Sida, expriment toute sorte de capacité à se situer au centre de l'action publique. Cette idée renvoie de l'action publique le fait qu'on la situe au niveau de ses destinataires et non pas seulement des ordonnateurs. Car, dans le contexte de rareté de ressources, les acteurs associatifs disposent encore de quelques moyens et de marges de manœuvre suffisantes pour orienter et influencer les décisions internationales et les choix politiques des gouvernements locaux. On peut ici se rappeler le rôle et la place de la TAC au

sein du groupe de consultation internationale animé par l'Onusida sur le financement des politiques de distribution des traitements du VIH/Sida en Afrique et dans les pays en développement.

L'action publique de lutte contre le VIH/Sida apparaît dès lors comme un prisme majeur capable de renseigner sur les capacités et l'expertise acquises par les organisations de la société civile en Afrique. Elles s'approprient progressivement l'action publique de santé, assignent à l'Etat la place et le rôle qu'il peut y jouer tout en donnant quotidiennement un sens et un visage à la maladie. Leurs actions se fondent sur un ensemble de stratégies et de modes d'interventions qui s'adaptent aux contextes socio-sanitaires locaux et aux publics concernés par les effets de l'épidémie. Au Cameroun, par exemple, l'Etat ne connaît pas la catégorie sociale « homosexuelle » alors que celle-ci est largement intégrée dans les campagnes de sensibilisation et de prise en charge menées par certaines associations locales. Les répertoires d'action mobilisés par ces acteurs changent considérablement d'une association à l'autre et même d'un pays à l'autre même si, avec la constitution des grands réseaux d'échanges inter-associatifs, certaines stratégies se formalisent progressivement et s'imposent désormais à tout le champ associatif de lutte contre le VIH/Sida. En revanche, au niveau des appareils étatiques, les administrations publiques semblent mobiliser les mêmes techniques de lutte contre l'épidémie à cause en partie de l'héritage commun des CNLS issus du Global Program on AIDS.

Cependant, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida appelle également une analyse politique qui renouvelle les grilles classiques d'observation des

relations au pouvoir en Afrique. En ce sens, elle entretient incontestablement des enjeux de pouvoir. D'où la nécessité de porter un regard quelquefois critique sur les nouvelles formes de pouvoir mises en lumière par les normes, les pratiques et les statuts des acteurs sociaux émergeant sur les scènes locales et africaines de lutte contre le VIH/Sida. De fait, la forte mobilisation sur la cause de VIH/Sida semble cloisonner les administrations publiques et les ministères de la santé en une sorte de structures bicéphales avec d'un côté les politiques liées à cette épidémie et de l'autre, toutes les autres causes de la santé. Ce phénomène est constaté dans la plupart de projets officiels et associatifs qui traitent désormais du seul VIH/Sida oubliant que l'épidémie soulève des difficultés corollaires et, comme telle, sa lutte nécessite un traitement global en l'intégrant précisément dans l'ensemble de l'action publique de santé.

En outre, quelques questions se posent sur la gestion de l'information tant dans les mécanismes publics que dans les organisations collectives. En fait, l'action publique de lutte contre le VIH/Sida glisse progressivement vers de nombreuses préoccupations techniques liées à la disponibilité croissante de nouvelles molécules, à la perpétuelle mutation du virus et aux nombreux effets de la maladie sur les individus et les relations sociales. Sous ce rapport, la gestion de l'information médicale et les capacités des acteurs engagés dans cette action à y accéder et à en faire usage sont autant de facteurs déterminants dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida. Ces constats sont renforcés par les contraintes conjoncturelles d'une épidémie dont les connaissances sont produites en même temps que les acteurs politiques et sociaux élaborent ses mécanismes de réponses. Alice Desclaux et Claude Raynaut le notent en soulignant que

« Face à l'épidémie, la connaissance est le premier pas vers l'action »⁴⁹⁶. Elle est d'autant plus indispensable qu'elle permet de mieux connaître les médicaments disponibles, leurs posologies et leurs effets secondaires.

Les connaissances permettent également de définir les politiques d'accès aux traitements dans un contexte de rareté de ressources et de développer des pratiques socio-sanitaires adaptées aux besoins et aux réalités des personnes vivant avec le VIH/Sida. Il ne s'agit pas seulement comme on a pu le constater à Bertoua et à Mbalmayo, au Cameroun, de diffuser les spots et les messages de prévention mais aussi et surtout de générer des dynamiques relais capables de susciter une prise de conscience chez les éducateurs associatifs engagés dans les campagnes de santé publique. Des exemples de ce type existent dans ces trois pays avec les mécanismes des pairs éducateurs, selon les milieux de vie, les contextes professionnels ou les réseaux scolaires. On retrouve ces structures d'éducation et d'accompagnement, organisées par les formateurs des CNLS, dans certaines entreprises, au sein des écoles et des universités, dans les regroupements villageois, etc.

Par ailleurs, les associations communautaires africaines, isolées les unes des autres, trouveraient avantage à partager leurs expériences grâce à la création des forums et des réseaux. Elles compléteraient et consolideraient ainsi leur savoir-faire à partir du transfert des modèles générés quotidiennement par les unes et les autres en vue de renforcer l'action de l'Etat par les savoirs

⁴⁹⁶ A. Desclaux et C. Raynaut (dir.), *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, 1997

associatifs innovants. On note d'ailleurs l'existence de plusieurs réseaux associatifs qui engagent les acteurs du Sud et du Nord dans la lutte contre le VIH/Sida. Mais, au niveau africain, ces réseaux sont tellement cloisonnés qu'ils ne favorisent pas la mobilisation des passerelles entre régions à l'intérieur du continent. A ces frontières régionales, s'ajoutent d'autres barrières de type linguistiques. Par exemple, le réseau Afrique 2000 fondé autour de l'association Aides en France, réunissait les associations communautaires africaines issues des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest avant de s'ouvrir aux associations des pays francophones de l'Afrique centrale. On voit bien ce que peut postuler un tel regroupement basé sur une certaine légitimation des segmentations géolinguistiques héritées de la colonisation. En Afrique de l'Ouest, on ignore précisément les pays anglophones et lusophones comme le Ghana, la Sierra Léone, le Libéria, le Nigeria et la Guinée Bissau alors qu'en Afrique centrale, on refuse de s'intéresser à la Guinée Equatoriale plutôt hispanophone. Les autres pays d'Afrique y sont de fait exclus parce que non francophones.

De fait, en matière de réseaux de lutte contre le VIH/Sida, les informations disponibles circulent en Afrique sous forme de cloisons construits sur cet héritage linguistique colonial avec d'un côté, le regroupement des associations issues de l'Afrique de l'Ouest, de l'Afrique centrale et de l'Afrique australe et de l'autre, les mobilisations associatives fondées sur les regroupements linguistiques notamment francophones et anglophones. Il n'y a pas sinon que très peu de passerelles entre ces dynamiques régionales et linguistiques. Notre analyse ne remet pas en cause ces dynamiques de réseautage. Elle veut plutôt montrer la nécessité d'un système qui permette le

« branchement »⁴⁹⁷ entre ces différents réseaux régionaux et linguistiques de sorte qu'il y ait plus de fluidité dans le partage d'expériences de terrain et la gestion des informations biomédicales. Autant les associations sud-africaines ont une certaine expérience des mobilisations collectives à partir du droit et des droits de l'homme à partager avec leurs paires africaines, autant celles-là ont à apprendre des associations burkinabé et camerounais sur la prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH/Sida. En matière de santé publique, a fortiori en ce qui concerne les effets et les modes de contamination du VIH/Sida, les difficultés qui se posent dans les différents pays africains, au Sud du Sahara, sont en grande partie similaires et, de ce fait, appellent des réponses communes et concertées. Les seules mobilisations extra-institutionnelles et régionales sur fond médiatique des « premières dames » ne suffisent pas à susciter des réponses adéquates et à partager les informations disponibles dans telle région plutôt que dans telle autre.

Par ailleurs, souvent laissés en marge des grands débats internationaux ou tout au moins peu représentés, les militants associatifs du Sud n'ont pas accès aux informations sur les stratégies et les mobilisations internationales de lutte contre le VIH/Sida. La participation plus active des acteurs associatifs du Sud aux débats internationaux constituerait un atout majeur pour la mise en œuvre des technologies locales réalistes et constructives fondées d'un côté sur la connaissance du contexte local et de l'autre, sur les tendances scientifiques

⁴⁹⁷ Métaphore électrique et informatique que Christian Coulon emprunte à Jean-Loup Amselle pour expliquer la dialectique du local et du global, c'est-à-dire, selon Christian Coulon « des signifiés particuliers pouvant avoir des signifiants planétaires et vice-versa ». Voir C. Coulon, « Introduction », in C. Coulon (dir.), *Islams d'Afrique : entre le local et le global*, Paris, Karthala, 2003.

et médicales globales en perpétuelle mutation. C'est aussi le sens, par analogie bien entendu, de l'idée de « triangulation », c'est-à-dire de « recours à un élément tiers pour fonder sa propre identité »⁴⁹⁸ que Christian Coulon emprunte à Jean-Loup Amselle pour expliquer la dialectique « local » et « global ». En ce qui concerne les essais thérapeutiques par exemple, on sait bien que les vaccins sont conçus au Nord alors que les essais se déroulent souvent dans les pays en développement largement touchés par le VIH/Sida. Cependant, les populations locales et les militants locaux qui relayent les informations diffusées par les agences internationales et les firmes pharmaceutiques concernées par ces essais, ne maîtrisent pas les contours des accords négociés avec les Etats qui acceptent les essais thérapeutiques. Les associations de personnes vivant avec le VIH/Sida ont découvert que les essais de viread étaient conduits au Cameroun au moment où éclatait le scandale sur la contamination par le VIH/Sida des individus enrôlés dans ces essais. En Afrique du Sud, la TAC et la NAPWA ont été informées sur les essais de vaccin antisida en lisant les coupures de presse sélectionnées et réussies par leurs membres. Cependant, ces difficultés ne doivent pas occulter non plus les efforts réalisés au cours de ces dernières années par l'ensemble de partenaires concernés par l'action publique de lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud, au Cameroun et au Burkina Faso.

⁴⁹⁸ Jean-Loup Amselle, cité par C. Coulon, *Op. cit.*, p.20.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES

- Ahwireng-Obeng F. and Akussah G., *The impact of HIV/AIDS on African economics*, Pretoria, Africa Institute of South Africa, 2003.
- Albo G. & alii, *A different Kind of State? Popular Power and Democratic Administration*, Oxford, Oxford University Press, 1993.
- Ashenden S. et Owen D., (dirs), *Foucault contra Habermas: Recasting the Dialogue between Genealogy and Critical Theory*, London, Sage, 1999.
- Avritzer L., *Democracy and the Public Space in Latin America*, Princeton, Princeton University Press, 2002.
- Badie B. et Smouts M.-C., *Le retournement du monde : sociologie de la scène internationale*, Paris, Dalloz, 1999.
- Badie B., *L'Etat importé*, Paris, Karthala, 1992
- Badie B., *La fin des territoires : essai sur le désordre international et sur l'utilité sociale du respect*, Paris, Fayard, 1995.
- Badie B., *Un monde sans souveraineté : les Etats entre ruse et responsabilité*, Paris, Fayard, 1999.
- Bayart J.-F., Ellis S. et Hibou B., *La criminalisation de l'Etat en Afrique*, Paris, Editions Complexe, 1997.
- Bayart J.-F., *L'Etat en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard, 1989.
- Bayart J.-F., *L'historicité de l'Etat importé*, Paris, Les Cahiers du CERI, n°15, 1996.
- Bayer R. and G. M. Oppenheimer, *AIDS Doctors: Voices from the Epidemic*, Oxford and New York, Oxford University Press, 2000.
- Benkimoun P., *Mort sans ordonnance*, Hachette Littérature, Paris, 2002.
- Bierschenk T., Chauveau J.P. & Olivier de Sardan J.P. (dir.), *Les courtiers locaux du développement*, Paris, Karthala, 1999.
- Bierschenk T., Chauveau J.-P. et Olivier de Sardan J.-P. (dir.), *Courtiers en développement, Les villages africains en quête de projets*, Paris, Karthala, 2000.

- Bourdieu P., *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998.
- Bourdieu P., *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994.
- Bourmaud D., *La politique en Afrique*, Paris, Montchrestien, 1997.
- Boute J. et D'Souza S., *Population et pauvreté aujourd'hui : les enjeux d'un développement intégral*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2004.
- Brandt A. M., *No Magic Bullet : A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*, New York and Oxford, Oxford University Press, 1987.
- Bratton M. and Van de Walle N., *Democratic Experiments in Africa: Regime Transitions in Comparative Perspective*, Londres, Cambridge University Press, 1997.
- Breytenbach W., *Democratisation in Sub-Saharan Africa: transitions, elections and prospects for consolidation*, Pretoria, Africa institute of South Africa, 1996.
- Buijtenhuijs R. and Thiriot C., *Démocratisation en Afrique au Sud du Sahara, 1992-1995 : un bilan de la littérature*, Leiden, Centre d'études africaines ; Pessac, Centre d'étude d'Afrique noire, 1995.
- Buthelezi G., *Policy speech, first session of the fifth Kwazulu Legislative Asssembly*, inédit, 1989.
- Buthelezi S. et Bujra A., *Leadership, civil society and democratisation in Africa: case studies from Southern Africa*, Addis Ababa, Development policy management forum, 2002.
- Buthelezi S., *South Africa: the dynamics and prospects of transformation*, Harare, SAPES Books, 1995.
- Cameron E. and Gevisser M., *Defiant desire*, New York, Routledge, 1995.
- Cameron E., *Witness to AIDS*, Cape Town, Tafelberg, 2005.
- Cefai D. et Trom D. (dir.), *Les formes de l'action collective. Mobilisations dans les arènes judiciaires*, Paris, Editions de l'EHESS, 2001.
- Chole E. et Ibrahim J., *Processus de démocratisation en Afrique : problèmes et perspectives*, Paris, Karthala, 1995.
- Cobb R. et Elder C., *Participation in American Politics : The Dynamics of Agenda-Building*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1972.

- Colonomos A., *Sociologie des réseaux transnationaux : communauté, entreprise et individus : lien social et système international*, Paris, L'Harmattan, 1995.
- Conte B., *Eléments d'analyse de l'efficacité de la dévaluation du franc CFA*, Pessac, Centre d'économie du développement, 1995.
- Cot J.-P. et Mounier J.-P., *Pour une sociologie politique*, Tome II, Paris, Seuil, 1974, p.58.
- Crozier M. et Friedberg E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1977.
- Daloz J.-P. (dir.), *Le (non-) renouvellement des élites en Afrique subsaharienne*, Paris, Karthala, 1999.
- Dembour B., *Inside and Outside the Law: Anthropological Studies of Authority Ambiguity*, London, Routledge, 1996.
- Desclaux A. et Raynaut C. (dir.), *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, 1997.
- Dirks J., *The socio-economic impact of HIV/AIDS in South Africa*, Bremen, Universität Bremen, Afrika Studiengruppe, 1995.
- Dogan M. et Pelassy D., *Sociologie politique comparative : problèmes et perspectives*, Paris, Economica, 1988, p.129.
- Dorrington R. and al., *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa. National and Provincial Indicators for 2006*, Cape Town, Centre for Actuarial Research, 2006.
- Doucin M. et Badie B., *Les ONG : le contre-pouvoir ?*, Paris, Toogezer, 2007.
- Downing R., *As They See It: The Development of the African AIDS Discourse*, London, Adonis & Abbey Publishers, 2005.
- Du Bois de Gaudusson J. et Darbon D. (dir.), *La création du droit en Afrique*, Paris, Karthala, 1997.
- Durkheim E., *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1999.
- Dye T. R., *Understanding Public Policy*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1972.
- Easton D., *A System Analysis of Political Life*, New York, John Wiley, 1965.

- Edwards M. and Hulme D. (eds), *Non-Governmental Organizations: Performance and Accountability Beyond the Magic Bullet*, London, Earthscan, 1996.
- Ela J.-M. et Zoa A.-S., *Fécondité et migrations africaines, les nouveaux enjeux*, Paris, l'Harmattan, 2006.
- Ela J.-M., *Quand l'Etat pénètre en brousse : les ripostes paysannes à la crise*, Paris, Karthala, 1990.
- Ellis L. and Terwin J., *The impact of HIV/AIDS on selected business sectors in South Africa, 2004*, Stellenbosch, Bureau for economic research, Stellenbosch University, 2004.
- Ellis S. and Sechaba T., *Comrades against apartheid: the ANC and the South African Communist Party in exile*, London, James Currey, 1992.
- Ellul J., *L'illusion politique*, Paris, La Table ronde, 2004.
- Epprecht M., *Hungochani : the history of a dissident sexuality in Southern Africa*, Montréal, McGill University Press, 2004.
- Evans-Pritchard E., *Les Anthropologues face à l'histoire et à la religion*, Paris, Presses universitaires de France, 1974.
- Evans-Pritchard E., *Parenté et mariage chez les Nuers*, Paris, Payot, 1973.
- Farmer P., *Sida en Haïti : la victime accusée*, Paris, Karthala, 1996.
- Fass S. et alii, *Démocratie et participation politique au Sahel : la place de l'éducation*, Paris, OCDE-Club du Sahel-CILSS, 1995.
- Fassin D., (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 2004.
- Fassin D., *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, Karthala, 2000.
- Favre P. (dir.), *Sida et Politique. Les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris, L'Harmattan, 1992.
- Feinstein A., *After the party: a personal and political journey inside the ANC*, Johannesburg, Jonathan Ball, 2007.
- Ferry B., *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Paris, Karthala, 2007.
- Fonteneau B., *Les associations de lutte contre le Sida au Burkina Faso. Analyse descriptive de leurs identités, de leurs pratiques et de leur environnement institutionnel*, Louvain-La-Neuve, Université Catholique de Louvain/Hoger institut voor de arbeid/Vlaamse Interne

Universitaire Raad (VLIR)/Direction Générale de la Coopération Internationale, Septembre 2002.

- Gatsi J., *La société civile au Cameroun*, Yaoundé, Presses Universitaires d'Afrique, 2000.
- Gazibo M. et al., *Les paradoxes de la démocratisation en Afrique : analyse institutionnelle et stratégique*, Montréal, Presses de l'université de Montréal, 2005.
- Gerston L. N., *Public Policy Making: Process and Principles*, M.E. Sharpe, New York, 1997.
- Golan D., *Inventing Shaka : using history in the construction of Zulu nationalism*, Boulder, Lynne Rienner, 1994.
- Grmek M.D., *Histoire du sida*, Paris, Payot, 1990.
- Gruénais M.-E. (dir.), « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », *Bulletin de l'APAD*, 2001.
- Gruénais M.-E. et al., « Le sida en Afrique : un objet politique ? », *Bulletin de l'APAD*, Anthropologie de la santé, 1999.
- Gueboguo C., *La question homosexuelle en Afrique : le cas du Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 2006.
- Habermas J., *Droit et démocratie. Entre faits et normes*, Paris, Gallimard, 1997.
- Hampâté Bâ A., *Amkoullel, l'enfant peul*, Paris, Actes Sud, 1991.
- Haro S. de, *Le sida en Afrique. Des réponses associatives*, Toulouse, Les Essentielles Milan, 2003.
- Harrison G., *Issues in the Contemporary Politics of Sub-Saharan Africa. The Dynamics of Struggle and Resistance*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2002.
- Hills A., *Policing Africa, Internal Security and the Limits of Liberalization*, London, Lynne Rienner Publishers, 2000.
- Hobbes T., *Léviathan : traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, Paris, Sirey, 1971.
- Hours B., *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'harmattan, 1985.
- Isaksen J., Spissøy A. and Songstad N. G., *Socio-economic effects of HIV/AIDS in African countries*, Bergen, Michelsen Institute, 2002.

- Jaffrelot C. (dir.), *Démocraties d'ailleurs : démocraties et démocratisations hors Occident*, Paris, Karthala, 2000.
- Jouve B. et Booth P. (dir.), *Démocraties métropolitaines. Transformation de l'Etat et politiques urbaines au Canada, en France et en Grande Bretagne*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2004.
- Kant E., *Critique de la raison pure*, Paris, Flammarion, 2006.
- Kingdon J., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little, Brown and Co, 1984.
- Kue E., *Ajustement monétaire et économies africaines : les causes et les effets de la dévaluation du FCFA de 1994*, Ivry-sur-Seine, Nouvelles du Sud, 1997.
- Laborier P. et Trom D., *Historicités de l'action publique*, Paris, PUF, 2003.
- Lagroye J. (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003.
- Le Roux E. et Buthelezi S., *South Africa since 1994: lessons and prospects*, Pretoria, Africa Institute of South Africa, 2002.
- Leca J. et Grawitz M., *Traité de science politique. T.4 : Les politiques publiques*, Paris, PUF, 1985.
- Lieury A., *Introduction à la psychologie*, Paris, Dunod, 2000.
- Lisk F., *AIDS and Governance: the Development Dimension*, Warwick, 2006.
- Lisk F., *Global Governance and HIV/AIDS*, New York, WhatWorks Inc, 2005.
- Majone G., *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*, New Haven, Yale University Press, 1989.
- Mappa S., *Le savoir occidental au défi des cultures africaines : former pour changer ?*, Paris, Karthala, 2005.
- Maré G. et Hamilton G., *An appetite for power: Buthelezi's Inkatha and South Africa*, Johannesburg, Ravan Press, 1987.
- Martin D.-C. et Coulon C. (dir.), *Les Afriques politiques*, Paris, La Découverte, 1991.
- Masangana Diamako R., *Le Guide de l'action politique : comment orienter l'action politique en Afrique*, Bruxelles, Girah Asbl, 2000.
- Mbembe A., *De la postcolonie. Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Karthala, 2000.

- Médard J.-F. (dir.), *Etats d'Afrique Noire : formation, mécanismes et crise*, Paris, Karthala, 1991
- Mény Y. et Thoenig J.-C., *Politiques publiques*, Paris, PUF, Coll. Thémis, 1989.
- Mitra S.K., *Power, Protest and Participation. Local Elites and the Politics of Development in India*, London, Routledge, 1992.
- Msellati P., Vidal L. et Moatti J.-P. (dir.), *L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative Onusida/ministère ivoirien de la santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, Paris, ANRS coll. Sciences sociales et sida, 2001.
- Muller P. et Surel Y., *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 1998.
- Mzala et Bouillon A., *Buthelezi et l'Inkatha : le double jeu*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- Mzala, *Gatsha Buthelezi: chief with a double agenda*, London, Zed Books, 1988.
- NKot P.-F., *Usages politiques du droit en Afrique. Le cas du Cameroun*, Bruxelles, Bruylant, 2006.
- O'Manique C., *Neoliberalism and AIDS crisis in Sub-Saharan Africa: globalization's pandemic*, Houndmills, Palgrave Macmillan, 2004.
- Otayek R. et al., *Les sociétés civiles du Sud. Un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*, Paris, Direction générale de la coopération internationale et du développement, Ministère des Affaires étrangères, 2004
- Padioleau J.-G., *L'Etat au concret*, Paris, PUF, 1982.
- Péron X., *L'occidentalisation des Maasaï du Kenya : privatisation foncière et destruction sociale chez les Maasaï du Kenya*, Paris, L'Harmattan, 1995.
- Perrot D., *Les relations ACP/UE après le modèle de Lomé : quel partenariat ?* Bruxelles, Bruyant, 2007.
- Portelli H., *Gramsci et le Bloc historique*, Paris, PUF, 1972.
- Ricœur P., *Lectures 1 : autour du politique*, Paris, Seuil, 1999.
- Ricœur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1997.
- Rocher G., *Introduction à la sociologie, Tome I : l'action sociale*, Paris, Seuil, 1968.

- Rose R. and Davies P., *Inheritance before Choice in Public Policy*, New haven, Yale University Press, 1994.
- Rotchild D. and Chazan N. (eds.), *The Precarious Balance: State and Society in Africa*, Boulder, Westview Press, 1988.
- Rutten M., *Selling wealth to buy poverty: the process of the individualization of landownership among the Maasai pastoralists of kajiado District, Kenya, 1890-1990*, Saarbrücken, Breitenbach Verlag, 1992.
- Sabourin L., *Perspectives de démocratisation en Afrique: obstacles et possibilités*, Montréal, Ecole nationale d'administration publique, 1995.
- Scharpf F., *Gouverner l'Europe*, Paris, Presses de Sciences Po, 2000.
- Séblin C., *Déévaluation du franc CFA : bibliographie, références et résumés*, Orsay, Centre d'observation des économies africaines, 1995.
- Setbon M., *Pouvoirs contre SIDA. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions pratiques en France, Grande Bretagne et Suède*, Paris, Seuil, 1993.
- Smith B.L., *Politiques publiques et participation publique : engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques*, Direction de la santé de la population et de la santé publique, Bureau région de l'Atlantique, Santé Canada, 2003.
- Sontag S., *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgeois, 1989.
- Treichler P., *How to Have a Theory in an Epidemic: Cultural chronicles of AIDS*, Durham and London, Duke University Press, 1999.
- Tshikendwa Matadi G., *De l'absurdité de la souffrance à l'espérance : une lecture du livre de Job en temps du VIH/Sida*, Kinshasa, MédiasPaul, 2005.
- Tshiyembe M., *Etat multinational et démocratie africaine : sociologie de la renaissance politique*, Paris, l'Harmattan, 2001.
- Unesco, *Apartheid : chronique d'une fin annoncée*, Paris, Unesco, 1992.
- Van der Stappen X., *Les Maasai : pays, histoire, économie, environnement, croyances, culture matérielle*, Tournai, Renaissance du livre, 2002.
- Villieu P., *La déévaluation du franc CFA : une perspective macro-économique*, Orléans, Institut orléanais de finance, 1996.
- Watney S., *Policing Desire: Pornography, AIDS and the Media*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1987.
- Weber M., *Economie et société*, Paris, Pocket, 1995.

- Whiteside A. W. and al., *The impact of HIV/AIDS on planning issues in Kwazulu-Natal*, Pietermaritzburg, Town and regional planning commission, 1995.
- Whiteside A. W. and Poku N., *The political economy of AIDS in Africa*, Aldershot, Ashgate, 2004.
- Young C., *African Colonial State in Comparative Perspective*, New Haven, Yale University Press, 1994.

II. ARTICLES ET CHAPITRES D'OUVRAGES

- Achilli L. et Hejoaka F., « Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/Sida au Burkina Faso », *Face à Face*, Revue électronique, Université Victor Segalen – Bordeaux II, juin 2005.
- Allen C., « *Who Needs Civil Society?* » in *Review of African Political Economy*, vol.24, n°73, Sept.1997, pp.329-337.
- Banégas R., « Les transitions démocratiques : mobilisations collectives et fluidité politique », *Cultures et conflits*, n°12, 1993, pp.105-140.
- Bayart J.-F., « Civil Society in Africa » in Chabal P. (ed.), *Political Domination in Africa*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986, pp.109-125.
- Bayart J.-F., « L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion », *Critique internationale*, n°5, 1999, pp.97-120.
- Bezes P., « Administration », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, p.31-40.
- Birnbaum P., « Mouvements sociaux et types d'Etats », in Chazel F. (dir.), *Action collective et mouvements sociaux*, Paris, PUF, 1993, pp.163-175.
- Blundo G. et Olivier de Sardan J.P., « La corruption comme terrain: pour une approche socio-anthropologique » in G. Blundo (dir.), *Monnayer les pouvoirs. Espaces, mécanismes et représentations de la corruption*, Genève, Nouveaux Cahiers de l'IUED n° 9, 2000.

- Blundo G. et Olivier de Sardan J.-P., « La corruption quotidienne en Afrique de l’Ouest » in *Politique Africaine*, n°83, Paris, Karthala, 2001, pp.8-37.
- Boukongou J. D., « The appeal of the African system for protecting human rights », in *African Human Rights Law journal*, Volume 6, n°2/2006, Pretoria, University of Pretoria Press.
- Bourmaud D. et Quantin P., « Le modèle et ses doubles : les conférences nationales en Afrique noire (1990-1991) », in Mény Y. (dir.), *Les politiques du mimétisme institutionnel. La greffe et le rejet*, Paris, l’Harmattan, 1993, pp.165-184.
- Bratton M., « NGOs in Africa: Can They Influence Public Policy? », *Development and Change*, vol.21, n°1, Jan. 1990, pp.87-118.
- Bujo B. « Quelle morale pour le problème du Sida en Afrique ? », in Czerny M. (dir.) *Sida en Afrique : que pense l’Eglise ?*, Abidjan, Les Editions du CERAP, 2006.
- Cameron E. in Walker L. et al., *Waiting to Happen – HIV/AIDS in South Africa*, London, Rienner Publishers, 2004.
- Chabrol F., « Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d’un enjeu de sécurité internationale », *La revue internationale et stratégique*, n°46, 2002, pp.129-136.
- Chalmers D.A. « Corporatism and Comparative Politics », in Wiarda H. J. (ed.), *New Directions in Comparative Politics*, Boulder, Colorado, Westview Press, 1985.
- Clark J., « The State, Popular Participation, and the Voluntary Sector », *World Development*, vol.23, n°4, 1995, pp.593-601.
- Cohen M., March J. et Olsen J., “A Garbage Can Model of Organizations Choices”, *Administrative Science Quaterly*, n°17, 1972, pp.1-25.
- Commaille J., « Sociologie de l’action publique », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.413-420.
- Coulon C., « Introduction », in Coulon C. (dir.), *Islams d’Afrique : entre le local et le global*, Paris, Karthala, 2003.
- Darbon D., « L’Etat prédateur », *Politique africaine*, n°39, Paris, Karthala, 1990, pp.37-45.

- Demange E. « Genèse de l'action publique de lutte contre le Sida en Ouganda » in *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Yaoundé, Les Grandes Editions, 2005, pp.107-134.
- Denis P., « La croisade du président Mbeki contre l'orthodoxie du sida », *Esprit*, janv.2001, pp.81-97.
- Eboko F., « Chantal Biya : fille du peuple et égérie internationale », *Politique Africaine*, n°95, oct.2003, pp.93-101.
- Eboko F., « Introduction à la question du sida en Afrique : politique publique et dynamiques sociales », in Kerouedan D. et Eboko F., *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, Travaux et documents n°61-62, CEAN, 1999.
- Eboko F., « Les sociétés africaines face au sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », in *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, n°1-2/2005, Yaoundé, Les Grandes Editions, 2005, pp.59-65.
- Eboko F., « Politique publique et sida en Afrique », in *Cahiers d'études africaines*, n°178, 2005.
- Eksteen L. and Erasmus Ch., « 'Concealment by AIDS victims », vol. 8.5, « Gays angry over blood transfusion poster » *The Citizen*, 29 January 1986.
- Eksteen L. and Harris S. « Row brew over 'moffie' posters », vol. 8.5, « Gays angry over blood transfusion poster » *The Citizen*, 29 January 1986.
- Farmer P., « La violence structurelle et la matérialité du social », Leçon inaugurale du 9 novembre 2001 au Collège de France, Paris, Collège de France, 2002.
- Fassin D., « Anatomie politique d'une controverse. La démocratie sud-africaine à l'épreuve du sida », *Critique Internationale*, n°20, juil.2003, pp.92-112
- Fassin D., « L'incorporation de l'inégalité. Le sida comme condition sociale et expérience historique » in Fassin D. (dir.), *Inégalités, Violences et migrations, les structures historiques du sida en Afrique du Sud et en Namibie*, rapport définitif, Paris, déc. 2003, pp.5-21.
- Fassin D., « Le sida comme cause politique. Une controverse sud-africaine sur la scène globale », *Les temps modernes*, aout-septembre 2002, n°620-621, pp.312-331.

- Fatton R., « Africa in the Age of Democratization: the Civic Limitations of Civil Society », *African Studies Review*, vol.38, n°2, Sept.1995, pp.67-99.
- Favre P. « De la question sociologique des générations et de la difficulté à la résoudre dans le cas de la France », in Favre P. et Crête J. (dir.), *Génération en politique*, Paris, Economica, 1988, pp.283-323.
- Filleule O. et Mayer N. (dir.), « Devenirs militants », *Revue française de science politique*, vol. 15, n°1-2, février-avril 2001.
- Gazibo M., « La démarche comparative binaire : éléments méthodologiques à partir d'une analyse des trajectoires contrastées de démocratisation », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.9, n°3, 2002, pp. 427-449.
- Gevisser M., « Another fight for freedom », in Cameron E. and Gevisser M. (eds.), *Defiant Desire: gay and lesbian lives in South Africa*, Johannesburg, Raven Press, 1994.
- Gruénais M.-E., «*« Pouvoirs, jeunesses et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des sujets » par Fred A.C. Eboko, thèse pour le Doctorat en Science politique, sous la direction de Jean-François Médard, Le bulletin de l'APAD, n° 22, Gouvernance foncière au quotidien en Afrique, mis en ligne le : 14 avril 2006. URL : <http://apad.revues.org/document269.html>. Consulté le 22 novembre 2006.*
- Grundlingh L., « Government responses to HIV/AIDS in South Africa as Reported in the Media », *South African Historical Journal*, n°41, 2001.
- Hamidi C., « Eléments pour une approche interactionniste de la politisation », in *Revue Française de Science Politique*, Volume 56, n°1, Paris, Presses de Sciences Po, février 2006.
- Hayem J. « Histoire collective et responsabilité individuelle. Conditions de mobilisation contre le sida dans les mines » in Fassin D. (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 2004.
- Kamto M., « Les rapports Etats-société civile en Afrique », *Afrique 2000*, nov.1999, pp.47-52.
- Kometsi K. in Crewe M., *(Un) Real, Aids Review 2004*, Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria Press, 2004.

- Lagroye J., « Les processus de politisation », in Lagroye J. (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003, pp.359-372.
- Lascoumes P. « Controverse », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.123-130
- Laville J.-L., « Les raisons d'être des associations », *Revue du Mauss* « Association, démocratie et société civile », Paris, La découverte, 2001.
- Le Marcis F., « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges d'un township » in Fassin D. (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 2004.
- Leca J., « Sur le rôle de la connaissance dans la modernisation de l'Etat et le statut de l'évaluation », *Revue française d'administration publique*, Paris, Institut International d'Administration Publique, n°66, avril-juin 1993.
- Mbali M., « HIV/AIDS policy-making in post-apartheid South Africa », in Habib A., Daniel J. and Southall R. (eds.), *State of the Nation: South Africa 2003-2004*, Cape Town, Human Sciences Research Council Press, 2003.
- Médard J.-F., « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Le bulletin de l'APAD*, n°21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [en ligne], mise en ligne le 27 mars 2006. URL : <http://apad.revue.org/documents35.html>. Consulté le 18 mai 2006.
- Médard J.-F., « L'Etat clientéliste transcendé », in *Politique africaine*, n°1, Paris Karthala, 1981, pp.120-124.
- Médard J.-F., « L'Etat néo-patrimonial en Afrique noire », in J.-F. Médard (dir.), *Etats d'Afrique noire : formation, mécanismes et crise*, Paris, Karthala, 1991.
- Médard J.-F., « L'Etat patrimonial », in *Politique africaine*, n°39, Paris, Karthala, 1990, pp.25-36.
- Monga C., « Civil Society and Democratisation in Francophone Africa », *Journal of Modern African Studies*, vol. 33, n°3, 1995, pp.359-379.
- Msellati P., Vidal L. et Moatti J.-P. (dir.) », *Le bulletin de l'APAD*, n°21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [en ligne], mise en ligne le 6 mars 2006. URL: <http://apad.revues.org/documents195.html>.
- Muller P., « Référentiel », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.370-376.

- Nédélec S., « Repères chronologiques » in *Le Journal du sida*, n°86-87 spécial Afrique, 1996.
- Nubuasah F., « La stigmatisation et la discrimination », in Czerny M. (dir.), *Sida en Afrique : que pense l'Eglise ?*, Abidjan, Les Editions du CERAP, 2006.
- Offerlé M. (dir.), « La société civile en question », *Problèmes économiques et sociaux*, n°888, mai 2003.
- Olivier de Sardan J. P., « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », in *Autrepart*, n°20, Paris, IRD/Armand Colin, 2001, pp. 61-73.
- Olivier de Sardan J.-P., « Etat, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique », in *Politique Africaine*, n°96, Paris, Karthala, déc.2004, pp.139-162.
- Otayek R., « 'Vu d'Afrique'. Société civile et démocratie. De l'utilité du regard décentré », *Revue internationale de politique comparée*, vol.9, n°2, 2002, pp.193-212.
- Péchu C., « Les générations militantes à Droit au Logement », *Revue Française de Science Politique*, vol.51, n°1-2, février-avril 2001, pp.74-75.
- Philips H., « AIDS in the Context of Sout Africa's Epidemic History », *South African History Journal*, n°45, 2001.
- Pougoué P.-G., in Maugenest D. et Boukongou J. D. (dir.), *Vers une société de droit en Afrique centrale*, Yaoundé, Presses de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, 2001.
- Radaelli C., "Logiques de pouvoirs et 'récits' dans les politiques publiques de l'Union européenne", *Revue française de science politique*, numéro spécial, « Les approches cognitives des politiques publiques », avril 2000, pp.255-275.
- Ravinet P., « Fenêtre d'opportunité », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.217-225.
- Raynaut C., « comment évaluer les politiques publiques de lutte contre le sida en Afrique ? », in Barré J.-F. (dir.), *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*, Paris, L'Harmattan, 2001.
- Rémy J.-P., « L'éviction de Thabo Mbeki crée des turbulences en Afrique du Sud », *Le Monde*, le 26 septembre 2008.

- Sarpong P., « L'influence des pratiques culturelles sur la propagation du VIH/Sida », in Czerny M. (dir.), *Sida en Afrique : que pense l'Eglise ?*, Abidjan, Les Editions du CERAP, 2006.
- Sartori G., « Bien comparer, mal comparer », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.1, n°1, avril 1994, p.23.
- Sawicki F., « Les temps de l'engagement : à propos de l'institutionnalisation d'une association de défense de l'environnement », in Lagroye J. (dir.), *La Politisation*, Paris, Belin, 2003, p.123-146.
- Shaw T. M., « Popular Participation in Non-Governmental Structures in Africa: Implications for Democratic Development », *Africa Today*, vol.37, n°3, 1990, pp.5-22.
- Sheppard E., « Problème public », in Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po, 2004, pp.347-354.
- Sher R., « HIV infection in South Africa, 1982-1989, A-review », in *South African Medical Journal*, n°76, 1989, pp.314-318.
- Soares C., « Zuma: it was painful but Mbeki had to go », *Independent*, 23 September 2008.
- Stone D., « Casual Stories and the Formation of Policy Agendas », *Political Science Quarterly*, n°104, 1989, pp.281-300.
- Surel Y., « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, n°87, 1998, pp.161-178.
- Surel Y., « The Role of Cognitive and Normative Frames in Policy-Making », *Journal of European Public Policy*, n°7, 2000, pp.495-512.
- Thoenig J.-C., « Politiques publiques et action publique », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.5, n°2, pp.295-314.
- Touzé V. et Ventelou B., « Sida et développement : un enjeu mondial », *Revue de l'OFCE*, Hors série, mars 2002, pp.154-173.
- Trebilcock A. M., « Le Sida et le lieu de travail. Les orientations que suggèrent les normes de l'OIT », *Revue internationale du travail*, vol.128, n°1, 1989, pp.33-51.
- Viens P., « Le GPA attendait des PNLS une soumission totale... », in *Le journal du sida*, n°86-87, numéro spécial Afrique, pp.106-108.

- Waal S. de, « Etymological note: On 'moffie' », in E. Cameron and M. Gevisser (eds.), *Defiant Desire: gay and lesbian lives in South Africa*, Johannesburg, Raven Press, 1994.
- Zuern E., « La pauvreté en débat. Marginalité et démocratie constitutionnelle en Afrique du Sud », *Politique africaine*, N°103, décembre 2006.

III. THESES ET MEMOIRES

- Delalieux G., *Responsabilité Sociale des Entreprises et ONG : une approche critique des dimensions politiques de la gestion des ONG*, Thèse pour l'obtention du doctorat en Sciences de gestion, Université de Lille I – IAE de Lille, Lille Economie et Management (LEM), déc. 2007.
- Eboko F., *Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, Ecole doctorale de science politique de Bordeaux, Centre d'Etude d'Afrique Noire (CEAN), Bordeaux, 2002.
- Gauvrit E., *Etat, crises et sida*, Mémoire de DEA en science politique, IEP de Bordeaux, 1993.
- Lydié N., *Les chemins du sida : migrations, mouvements de population et infection à VIH au Cameroun*, Thèse de doctorat en géographie, Université de Paris I – Panthéon Sorbonne, mai 2001.
- Pommerolle M.-E., *A quoi servent les droits de l'homme ? Action collective et changement politique au Cameroun et au Kenya*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, Ecole doctorale de science politique de Bordeaux, Centre d'Etude d'Afrique Noire (CEAN), Bordeaux, oct. 2005.
- Séverin M., *Les réseaux ANC (1910-2004): histoire politique de la constitution du leadership de la nouvelle Afrique du Sud*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, Ecole doctorale de science politique, Centre d'Etude d'Afrique Noire (CEAN), Bordeaux, oct. 2007.

- Toulou L., *Des usages du multipartisme. Transitions post-autoritaires et reproduction des élites au Cameroun et au Kenya*, Thèse pour l'obtention de doctorat en Science politique, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, Ecole doctorale de science politique de Bordeaux, Centre d'Etude d'Afrique Noire (CEAN), Bordeaux, Déc. 2005.

IV. RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- Décret n°2001-510/PRES/PM/MS portant organisation du Conseil national de lutte contre le VIH/Sida au Burkina Faso.
- Onusida : *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, Genève, juillet 2004.
- Onusida, *Burkina Faso: Country Progress Report 2006*, Ouagadougou, déc. 2006.
- Onusida, *Rapport mondial sur la santé*, Genève, 2007.
- Onusida, *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida en 2004*, Genève, Juillet 2004.
- Onusida, *Tableau récapitulatif de la pandémie de VIH/Sida dans le Monde*, Genève, décembre 2006.
- PNUD, *Rapport sur le développement humain. Burkina Faso 2001. La lutte contre le VIH/Sida*, Ouagadougou, PNUD, 2001.
- PNUD, *Rapport sur le développement humain. Burkina Faso, 2001. La lutte contre le VIH-SIDA*, Ouagadougou, PNUD, 2001.
- Rapport 2005 du Programme PPTE, Ouagadougou, décembre 2005
- Rapport du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS, Cameroun), 2000.
- Rapport du Conseil national de lutte contre le VIH/Sida.
- Rapport du Ministère de la Santé en 2005.
- UNAIDS, *AIDS Epidemic Update*, Geneva, December 2007.

V. DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- « Presidential AIDS Advisory Panel Report: A synthesis report of the deliberations by the panel of experts invited by the President of the Republic of South Africa, the Honourable Mr Thabo Mbeki », mars 2001, 134p. Voir, <http://www.info.gov.za/otherdocs/2001/aidspanelpdf.pdf>, consulté le 25 mars 2007.
- Act-Up Paris, <http://www.actupparis.org/article3297.html>
- J. Foundation, The Clinton Foundation in Partnership with UNITAID annonce « Next Generation » HIV/AIDS Treatment Now Less Than \$1 A Day, Newsroom, New York, May 8, 2007, www.clintonfoundation.org, consulté le 10 mai 2007.
- Monique Mas, « Santé : la corruption qui tue », Paris, RFI, 11 mai 2006.
- Plaidoirie Maitre A. Mola, <http://www.humanite.fr/journal/1997-10-06/1997-10-06-788834>.

VI. PRESSE

- *Africa Today*, 1990.
- *Independent*, 23 September 2008.
- *Le Monde*, 26 juin 2001.
- *Le Messenger*, 16 janvier 2008.
- *Le Monde*, 26 septembre 2008.
- *Le Monde*, 4 novembre 2008.
- *Sunday Times*, 9 January 1983.
- *Sunday Times Metro*, 6 July 1986.
- *The Citizen*, 29 January 1986.

VII. AUTRES SOURCES ELECTRONIQUES

- AAS France : <http://www.aasfrance.org/>
- AAS : <http://www.aasbf.org/>
- Act-Up Paris : <http://www.actupparis.org/>
- Aides France : <http://www.aides.org>
- ANRS : <http://www.anrs.fr>
- Banque Mondiale : <http://www.worldbank.org/>
- Centre for Human Rights: <http://www.chr.up.ac.za>
- Centre for the Study of AIDS: <http://www.csa.za.org/>
- CNLS du Burkina Faso : <http://www.cnls.bf/>
- COSATU : <http://www.cosatu.org.za/hiv.htm>
- Esther : <http://www.esther.fr/home.php>
- FNUAP : <http://www.unfpa.org>
- Fonds mondial de lutte contre le Sida : <http://www.theglobalfund.org/fr/>
- HCR : <http://www.unhcr.org/protect/401915744.html>
- Ministère de la santé d’Afrique du Sud : <http://www.doh.gov.za/>
- Ministère de la santé du Burkina Faso :
<http://www.sante.gov.bf/SiteSante/index.jsp>
- Ministère de la santé du Cameroun : <http://minsante.cawad.net/>
- NAPWA : <http://www.napwa.org.za/>
- OIT : <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/>
- OMS : <http://www.who.int/asd/index.html>
- Onusida : www.onusida.org
- PNUCID : <http://www.undcp.org>
- PNUD : <http://www.undp.org/hiv/>
- Réseau Afrique 2000 : <http://www.reseauafrique2000.org>
- Sidaction : <http://www.sidaction.org>

Statistiques sur le VIH/Sida en Afrique du Sud :

<http://www.avert.org/safricastats.htm>

SWAA : <http://www.swaainternational.org/>

TAC : <http://www.tac.org.za/community/>

Unesco : <http://www.unesco.org/culture/aids/>

Unicef : <http://www.unicef.org/programme/health/index.htm>

**Annexe 1 –
CARTES ET PRESENTATION PAR PAYS**

AFRIQUE DU SUD



Située à la pointe sud du continent, entre les Océans Indien et Atlantique, l'Afrique du Sud a été au centre de plusieurs débats sur le VIH/Sida. Ce pays abrite l'un des taux de séroprévalence les plus élevés en Afrique alors qu'il en est incontestablement le géant par son histoire politique marquée par des longues années de lutte contre l'apartheid, sa force économique soutenue par diverses ressources minières (or, platine, chrome, diamant) et son dynamisme dans la consolidation des transitions démocratiques en Afrique où il déploie une forte activité diplomatique. Sa superficie est de 1.213.312 km². Sa population est d'environ 43.647.658 habitants, essentiellement répartie le long de la côte sud et dans la région nord du Gauteng (Johannesburg et Pretoria). Elle est composée de 75% de Noirs, 13% de Blancs, 10% de Métis et de 2% d'Asiatiques. L'Afrique du sud abrite plus de 200 réserves et parcs naturels accueillant une faune et une végétation très variées. Ses voisins sont la Namibie, Botswana, Zimbabwe, Mozambique, Swaziland et le Lesotho.

BURKINA FASO



Situé en plein cœur de l’Afrique de l’Ouest, le Burkina Faso est un pays du Sahel avec, au nord, des zones arides et désolées. A ces zones typiquement sahéniennes succèdent, lorsqu’on parcourt ce pays au relief plat, du nord au sud, une végétation éparsse qui se poursuit au sud-ouest par des paysages plus verdoyants avec des forêts et des savanes. Sa superficie est de 275.000 km² pour une population d’environ 11 millions d’habitants dont les Mossis constituent la moitié et le reste partagé par les Touaregs et les Peuls. En terme religieux, trois grandes confessions marquent la vie des burkinabé : Animisme (50%), Islam (40%) et Christianisme (10%). En ce qui concerne les principales ressources, outre l’importante aide internationale dont bénéficient les pouvoirs publics et les acteurs de la société civile locaux, l’économie du Burkina Faso repose essentiellement sur la production du sous-sol (cuivre et fer), de l’agriculture (sorgho, mil, coton et arachide) et des activités pastorales. Selon les indices du PNUD, le Burkina Faso est l’un des pays les plus pauvres du monde à cause des nombreuses années de sécheresse et déforestation.

CAMEROUN



Avec une superficie de 475.442 km², le Cameroun jouit d'un littoral sur le golf de Guinée. Cet ancien protectorat allemand s'était éclaté en deux colonies au lendemain de la seconde guerre mondiale dont l'une, française, est devenue indépendante en 1960 et l'autre, britannique, a acquis sa souveraineté en 1961. Le Cameroun, constitué ainsi en deux fédérations francophone et anglophone, s'est réuni en mai 1972. Mais, le français et l'anglais continuent d'être utilisés comme les deux langues officielles de ce pays qui compte 16 millions d'habitants et une grande diversité culturelle, religieuse, linguistique et géographique faisant de lui, une Afrique en miniature. Ses voisins sont le Nigeria, le Tchad, la RCA, la République du Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale.

Annexe 2 –
MISSIONS ET CALENDRIER DES TRAVAUX DE
THESE



1^{ERE} ANNEE : 2004 – 2005

Octobre 2004/janvier 2005 : Université Catholique d'Afrique Centrale, Cameroun (04 mois) : études exploratoires de quatre mois grâce à une bourse de l'AUF en mobilité entre l'UCAC et l'IEP de Bordeaux. Enquêtes et entretiens sommaires auprès du Ministère de la santé, Centre Pasteur, CNLS, GTZ, SWAA et AFSU.

Février/mai 2005 : CEAN/IEP de Bordeaux (04 mois) : retour au CEAN pour l'analyse des premières données produites au Cameroun, en prise avec les orientations théoriques. Cette période a permis de dégager les premières interrogations pour l'élaboration de la problématique et la consolidation de la bibliographie.

Juin 2005 : Université de Ouagadougou, Burkina Faso (01 mois) : enquêtes de terrain au Ministère de la santé, CNLS, AAS et REV+. Au cours de ce séjour nous avons eu des entretiens et avons procédé aux observations au sein de ces structures.

Résultats : ajustement de la problématique et des hypothèses grâce à la confrontation des premières données empiriques aux analyses théoriques empruntées à la sociologie, l'anthropologie et la science politique.

2^{EME} ANNEE : 2005 – 2006

Octobre 2005/décembre 2006 : CEAN/IEP de Bordeaux (03 mois) : premières discussions avec le directeur de thèse en vue de la consolidation des choix théoriques et de la structuration liminaire de la thèse.

Janvier/mars 2006 : Centre for the Study of AIDS et le Centre for Human Rights, Université de Pretoria, Afrique du Sud (03 mois) : trois mois de recherches exploratoires en Afrique du Sud où nous avons été accueilli par le « AIDS Law Project » à l'Université de Pretoria grâce à une bourse de terrain de l'Institut Français d'Afrique du Sud. Ce premier séjour en Afrique du Sud nous a aussi permis de faire un grand ménage sur les conclusions de nos premiers terrains au Cameroun et au Burkina Faso. Nous avons également effectué une première enquête auprès de personnes concernées à l'Hôpital Chris Ani Baragwanath de Soweto.

Avril/juin 2006 : Observatoire du politique en Afrique centrale et Institut de recherches socio-anthropologiques, UCAC, Cameroun (03 mois) : 2^{ème} séjour

de terrain au Cameroun en vue de l'approfondissement des enquêtes à partir d'un guide et en se fondant sur les interrogations croisées entre le Cameroun, le Burkina Faso et l'Afrique du Sud de sorte à sortir des pièges de « l'oreillette ».

Juillet/août 2006 : Bordeaux (03 mois) : approfondissement des lectures théoriques et élaboration du cadre de rédaction de la thèse.

Résultats : premières discussions du plan de l'ensemble de la thèse avec le directeur. Cette étape est également marquée par une série de valorisation des premiers résultats de la recherche

- « *Les acteurs non étatiques dans la 'fabrication' des politiques publiques en Afrique* », Politiques publiques, services publics et biens publics, Université d'été du Lasdel, Niamey (Niger), du 25 octobre au 7 novembre 2006.
- « *Droits humains et protection des citoyens : le cas du militantisme antisida en Afrique du Sud postapartheid* », Les droits humains en Action : des outils pour la promotion et la protection des droits fondamentaux dans l'action militante, Cap St Jacques - Montréal (Canada), du 6 au 9 octobre 2006.
- « *Les alternatives populaires dans la lutte contre le Sida en Afrique du Sud et au Burkina Faso* », Africa Europe group for interdisciplinary studies (AEGIS), PhD Candidates workshop, Cortona (Italie), du 18 au 23 septembre 2006.
- « *Les 'bricolages associatifs' dans la lutte contre le sida en Afrique du sud et au Cameroun : moment de lisibilité des politiques (dites) publiques (?)* », communication prévue au colloque international : *L'Afrique des politiques publiques : banalité de terrain ou illusions méthodologiques ?* CEAN/IEP de Bordeaux (France), 3 et 4 mars 2006.

3^{EME} ANNEE : 2006 - 2007

Octobre/décembre 2006 : Cameroun (3 mois) : ultime occasion de production des données au sein des institutions publiques et des associations de lutte contre le VIH/Sida. Ce dernier séjour nous a permis de bien cerner les zones d'ombre mises en évidence par les interrogations qui ont émergées lors la présentation de nos travaux aux universités d'été de Cortona et de Niamey.

Janvier/octobre 2007 : Afrique du sud (10 mois) : évaluation de l'enquête de Soweto et production des données auprès des institutions publiques et des associations de lutte contre le VIH/Sida (TAC et NAPWA). Ce long séjour

nous a permis de séjourner dans les townships de Langa, de Guguletsu et de Kayelitsha dans la région du Cap avec des volontaires allemands et autrichiens. Nous y avons conduit des enquêtes sur les aspects comportementaux dans la réception et la perception de l'action publique de lutte contre le VIH/Sida.

Résultats : participation à l'animation d'un séminaire sur les politiques de santé en Afrique destiné aux étudiants de 3^{ème} année de licence en sciences sociales à l'Université catholique d'Afrique centrale.

- Avec Marame N'dour « *Des causes (in)solubles dans l'altermondialisme ? Retour sur les mobilisations antisida et en faveur de l'accès aux médicaments au Forum social mondial de Nairobi en 2007* », Journée d'études "Un FSM en Afrique. Nairobi 2007", Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne (**France**), 5 octobre 2007.

- « *The fight against AIDS mobilisations during the World Social Forum of Nairobi: innovations, alternatives and (re)-positioning of AIDS issues* », Panel 69 « The World Social Forum in Nairobi: exploring the making of African causes » (Prof. J. Siméant & Dr M.-E. Pommerolle), 2nd European Conference on African Studies, Leiden (**Pays-Bas**), 11 to 14 July 2007.

4^{EME} ANNEE : 2007 - 2008

Octobre/décembre 2007 : Bordeaux (3 mois) : ultimes discussions avec le directeur de thèse sur les orientations finales de la thèse.

Février/juin 2008 : Coventry (5 mois) : cinq mois de résidence de rédaction définitive de la thèse au Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation de l'Université de Warwick où nous avons été accueilli grâce au programme de mobilité Junior Research Fellow du réseau européen d'excellence (GARNET).

Juillet/décembre 2008 : Bordeaux : retour au CEAN pour les dernières lectures, les remarques et la correction finale du directeur de recherche.

Résultat : dépôt de la thèse

- « *NGOs in the HIV/AIDS Responses in Africa: a Comparison from the Cameroonian and South African experiences* », CSGR/UNDP Group on HIV/AIDS Responses, University of Warwick (**England**), 4-6 November 2007.

Annexe 3 –

**LES AGENCES SPECIALISEES DES NATIONS UNIES
COPARRAINANT L'ONUSIDA**



Le système des Nations Unies⁴⁹⁹ est depuis près de deux décennies au premier rang de tous ceux qui combattent le SIDA. En 1986, l'une de ses institutions spécialisées, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a été la première à apporter son aide aux pays pour qu'ils puissent mettre sur pied des programmes nationaux de lutte contre l'épidémie. Depuis lors, le système des Nations Unies multiplie ses activités dans ce domaine.

Ces activités sont très variées, allant du travail quotidien réalisé par le personnel de l'ONU dans le monde entier aux débats sur le VIH/SIDA organisés par le Conseil de Sécurité des Nations Unies ou encore à l'imminente session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. En incitant les chefs de gouvernement de tous les pays à réaffirmer leur engagement en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA, la session extraordinaire, qui se tiendra du 25 au 27 juin, vingt ans après la notification des premiers cas cliniques de SIDA, marquera un tournant décisif dans les efforts pour contrer l'épidémie.

⁴⁹⁹ Source : http://www.un.org/french/ga/sida/fscosponsors_fr.htm

L'ONUSIDA entre en lice

Un pas qui fera date dans la lutte contre l'épidémie a été fait en 1996 avec le lancement de la riposte coordonnée des principales institutions des Nations Unies œuvrant contre le VIH/SIDA. Avec la création du Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) les connaissances collectives, les ressources et le champ d'action de sept organismes coparrainants - l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, le PNUCID, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale - ont pu être mises en commun et gagner en efficacité.

Les Coparrainants avancent rapidement dans le sens de l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes qu'ils mènent au niveau des pays partout dans le monde, s'alliant aux gouvernements ainsi qu'à d'autres partenaires en vue de soutenir les efforts réalisés localement pour freiner l'épidémie.

En collaboration avec l'ONUSIDA, ils mettent actuellement au point un plan stratégique commun à tout le système des Nations Unies pour combattre le VIH/SIDA et le front commun ainsi créé permet de démultiplier les efforts des Nations Unies. Un nombre croissant d'autres institutions des Nations Unies entreprennent des activités contre le VIH/SIDA. Citons notamment l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés et le Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme (UNIFEM).

La création de partenariats est devenue le signe distinctif de la contribution du système des Nations Unie à la lutte contre le VIH/SIDA. Deux exemples récents en sont le Partenariat international contre le SIDA en Afrique (créé pour élargir les mesures prises à l'encontre de l'épidémie tout en les intensifiant) et l'initiative en vue d'accélérer l'accès aux soins et au traitement du VIH/SIDA (visant à aider les pays à mettre sur pied des plans nationaux d'action).

Chacune des institutions des Nations Unies mène également partout dans le monde ses propres activités afin d'aider les

pays et les communautés qui luttent pour contrecarrer l'épidémie et faire face à ses conséquences. Les sept Coparrainants de l'ONUSIDA sont les plus actifs à cet égard. Voir www.onusida.org

I. L'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

L'UNICEF a pour mandat de promouvoir la protection des droits des enfants, de contribuer à la satisfaction de leurs besoins ainsi qu'à l'élargissement de leurs choix de vie. Cet organisme, qui agit en conformité avec la Convention relative aux droits de l'enfant, est leur principal défenseur. L'UNICEF, ses comités nationaux et ses alliés mobilisent le soutien moral et matériel des gouvernements, des organisations et des individus dans le monde entier au sein d'un partenariat qui s'est engagé à donner aux enfants la priorité sur les ressources dont dispose la société dans les périodes fastes comme dans les périodes difficiles.

En tant qu'institution d'intervention décentralisée, l'UNICEF travaille aux côtés des gouvernements et des ONG dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation de base, de l'approvisionnement en eau saine et en moyens d'assainissement afin de créer de meilleures conditions de vie pour les enfants, les jeunes et les femmes. L'UNICEF contribue aussi au renforcement des capacités nationales et locales devant permettre de fournir, de maintenir en fonction et de développer les services de première nécessité, et de donner aux familles et aux communautés des connaissances et des moyens susceptibles de les mener à l'autosuffisance.

La propagation rapide du VIH/SIDA menace directement les progrès qui ont été faits au cours des 20 dernières années pour améliorer la santé des enfants. L'épidémie revêt une importance particulière pour les adolescents, car ils sont à la fois enclins à prendre des risques et prompts à développer des aptitudes, des attitudes et des comportements qui leur

permettront d'éviter de contracter l'infection à VIH à l'âge adulte. L'épidémie affecte les enfants et les familles, les privant souvent de la protection, des soins et des revenus les plus élémentaires.

L'UNICEF apporte à l'ONUSIDA sa capacité à mener des opérations sur le terrain dans plus de 160 pays, son efficacité avérée dans le domaine de la communication et du plaidoyer ainsi que son réseau de comités nationaux. Ses domaines prioritaires sont notamment la santé des jeunes, l'éducation sur le SIDA dans les écoles, la communication entre programmes, les enfants et les familles affectés par le SIDA, et la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'énergie que l'UNICEF déploie pour faire face aux besoins de familles et d'enfants particulièrement vulnérables acquerra une importance accrue dans les années à venir.

On trouvera le site web du programme VIH/SIDA de l'UNICEF à l'adresse suivante :

<http://www.unicef.org/programme/health/index.htm>

II. Le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement)

Un des principaux objectifs des activités du PNUD en matière de VIH/SIDA consiste à apporter un soutien aux pays pour leur permettre de renforcer et d'élargir leur capacité à faire face aux retombées de l'épidémie sur leur développement. Ces activités tendent principalement à définir, au niveau des politiques comme des programmes, des ripostes efficaces et durables à l'encontre des retombées sociales et économiques de l'épidémie. Le but est de renforcer les capacités au sein des gouvernements, de la société civile et du PNUD lui-même, afin de susciter une riposte efficace.

En partenariat avec de nombreuses autres organisations, le PNUD soutien de préférence des initiatives qui accélèrent la mobilisation communautaire et nationale, fournissent un

cadre permettant de trouver des réponses aux questions d'ordre éthique, juridique et de droit humanitaire qui se posent, reconnaissent l'importance des questions de sexospécificité, donnent aux gens la possibilité de prendre en main leur propre bien-être en s'appuyant sur les ressources, les connaissances et les valeurs locales, et s'attachent à créer un environnement politique, économique et social qui soit de nature à encourager les efforts individuels.

Grâce à son réseau de plus de 130 bureaux desservant plus de 150 pays, le PNUD joue un rôle important et complémentaire à celui d'autres organisations du système des Nations Unies au sein des activités opérationnelles de coopération pour le développement menées de front par des institutions des Nations Unies ou nationales et d'autres institutions d'intervention. Il apporte un soutien technique dans le domaine intersectoriel et pluridisciplinaire de l'assistance technique indispensable au développement durable et assume la responsabilité d'ensemble de l'assistance apportée au Secrétaire général en vue de l'amélioration de la coordination des opérations de développement, notamment grâce au renforcement du système des Coordonneurs résidents.

Les programmes régionaux du PNUD fournissent un excellent mécanisme de développement de la collaboration entre les pays et aident les institutions et les réseaux régionaux à accroître leur capacité à riposter efficacement à l'épidémie.

On trouvera des informations sur le programme VIH et développement du PNUD sur : <http://www.undp.org/hiv/>.

III. Le FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population)

Le mandat du FNUAP est notamment de renforcer les connaissances et les capacités des pays afin de leur permettre

de faire face aux besoins en matière de population.

Le soutien du FNUAP aux pays s'exerce tout particulièrement dans le domaine de la santé reproductive, y compris la planification familiale et la santé sexuelle. Il tient pour acquis que la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/SIDA font partie intégrante de la santé reproductive. Dans cette optique, la prévention comprend des activités appropriées et efficaces d'information, d'éducation et de communication (IEH) visant à soutenir les comportements sexuels sans risques ainsi que les conseils interpersonnels, concernant tant la transmission du VIH par voie sexuelle que la transmission mère-enfant, l'amélioration de l'accès aux préservatifs et de leur diffusion, enfin, l'instauration de bonnes pratiques cliniques permettant la prévention des risques liés au sang infecté par le VIH.

Le FNUAP valorise le travail de l'ONUSIDA en ouvrant l'accès à son réseau de bureaux nationaux qui soutiennent les programmes de santé reproductive dans les pays. Il apporte aussi sa vaste expérience de la promotion et des soins en matière de santé reproductive en donnant un éclairage particulier aux besoins des femmes et des adolescents, ainsi qu'à la responsabilité masculine dans ce qui touche à la santé de la reproduction. Son savoir-faire en matière de gestion logistique des biens nécessaires en santé reproductive (notamment des préservatifs) est également précieux, tout comme son expérience des relations de travail avec les organisations non gouvernementales, de l'organisation de l'assistance technique et du renforcement des capacités nationales par le biais de ses équipes de soutien aux pays.

On trouvera tous les détails concernant l'action du FNUAP à l'adresse suivante : <http://www.unfpa.org>

IV. Le PNUCID (Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues)

Le PNUCID détient la responsabilité exclusive de la coordination et des initiatives en ce qui concerne l'ensemble des activités de contrôle des drogues du système des Nations Unies. Il se penche sur tous les aspects de la consommation de drogues et mène des activités sur un large éventail de domaines, tels que la réduction de la demande, laquelle comprend la prévention, le traitement et la réadaptation ; la réduction des approvisionnements, comprenant l'encouragement à la création d'autres alternatives de développement et la mise en vigueur des lois, ainsi que des services de conseils au niveau de la législation et des institutions afin de renforcer la capacité des gouvernements à appliquer les conventions internationales relatives au contrôle des drogues. Le PNUCID aide les gouvernements à mettre en œuvre les plans d'action, notamment la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues adoptée en juin 1998 par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de sa session extraordinaire sur la lutte mondiale contre la consommation de drogues.

La consommation de substances psychoactives facilite la propagation du VIH de différentes manières. La plus directe est la transmission du virus par le biais des aiguilles que se partagent les consommateurs de drogues injectables. La disparition des inhibitions consécutive à l'utilisation de ces substances incite les individus à adopter divers comportements à hauts risques, notamment sexuels, qu'ils éviteraient s'ils étaient dans leur état normal. C'est par la sexualité que la communauté des consommateurs de drogues transmet le VIH à d'autres groupes de population. Le contrôle international des drogues est donc un instrument essentiel de la prévention du VIH. C'est pourquoi le PNUCID introduit la prévention du VIH/SIDA dans les programmes visant à réduire la demande de drogues illicites. Ces activités visent principalement les jeunes et les groupes présentant une vulnérabilité particulière. La coordination avec le système des

Nations Unies a permis de programmer de façon plus efficace la riposte à la consommation abusive de drogues et à l'épidémie de SIDA dans un certain nombre de pays.

Le PNUCID travaille à partir de son siège de Vienne, en Autriche, mais aussi de son réseau sur le terrain qui se compose de dix bureaux sous-régionaux et neuf bureaux de pays. Le PNUCID a également des bureaux de liaison à New York et Bruxelles.

Le site web du PNUCID peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.undcp.org>

V. L'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture)

L'UNESCO a pour mandat de stimuler la coopération internationale des activités intellectuelles visant à promouvoir les droits humanitaires, de contribuer à l'instauration d'une paix équitable et durable, et d'accroître le bien-être général de l'humanité. Elle doit donc s'inspirer de considérations éthiques dans l'exercice de sa tâche, qui consiste à faire en sorte que tous les desseins intellectuels tendent au développement de l'être humain et à la construction d'une culture de paix fondée sur le respect des droits humanitaires, la tolérance et les principes démocratiques. Dans son domaine de compétence - l'éducation, la science, la culture et la communication - l'UNESCO a des responsabilités d'ordre technique en ce qui concerne les programmes et les projets, mais aussi d'ordre « politique », dans le sens qu'elle se doit de suivre une morale publique et sociale dans son approche d'ensemble comme dans les grands principes qui président à ses efforts.

Le partenariat de l'UNESCO avec l'ONUSIDA est fondé sur la conviction que toute action menée isolément, sans être intégrée dans un effort pluridisciplinaire, pourrait bien être

vouée à l'échec.

Bien qu'elle ne soit pas un organisme de financement, l'UNESCO peut apporter une contribution à l'ONUSIDA grâce à l'étendue de ses domaines de compétence, de ses approches reposant sur les échanges entre disciplines, connaissances techniques et impératifs éthiques, ainsi qu'à l'expérience de la coopération intellectuelle acquise au cours de plus de 50 ans d'activité. L'UNESCO peut engager son vaste réseau d'institutions collaboratrices dans la lutte contre le SIDA, afin de faire face dans le court terme aux besoins les plus urgents de la prévention et du traitement, et, dans le moyen terme, d'alléger, voire d'empêcher, les conséquences prévisibles de l'épidémie.

Le site culturel de l'UNESCO peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.unesco.org/culture/aids/>

VI. L'OMS (Organisation mondiale de la Santé)

L'OMS a été un Coparrainant actif dès le début de l'ONUSIDA. En tant que première autorité en matière de santé publique internationale, elle donne des orientations sur les interventions les plus efficaces de lutte contre la pandémie et apporte son soutien technique au renforcement de la riposte des secteurs nationaux de la santé au VIH/SIDA. L'OMS met au point et diffuse des normes et des standards, des instruments, des technologies et des directives fondés sur des preuves scientifiques, formule des opinions en matière de politiques et de plaidoyer, définit les programmes de recherche et de développement en matière de santé publique, et contribue à renforcer les capacités en apportant un soutien sur le plan des techniques et des politiques d'action.

La contribution que l'OMS exerce dans le domaine des normes et de l'appui technique se traduit principalement par la mise au point et la diffusion de connaissances, la

prévention de l'infection et la fourniture de soins et de soutien aux personnes infectées. La mise au point des connaissances s'exerce dans les domaines de la surveillance du VIH/SIDA, ainsi que de la prise en charge et de l'orientation des efforts de recherche et de développement, notamment en ce qui concerne l'accès aux composés antirétroviraux, les méthodes de protection contrôlées par les femmes, les microbicides, la mise au point de vaccins ainsi que la recherche sociale et épidémiologique.

Les efforts de prévention touchent principalement les domaines suivants : promotion d'une sexualité sans risques, information et services en matière de santé reproductive à l'intention des jeunes, infections sexuellement transmissibles, transmission du VIH parmi les mères et les nouveau-nés, infections transmises par l'injection de drogues, promotion de pratiques d'injection plus sûres et réduction des risques de transmission parmi les agents de santé, enfin sécurité des approvisionnements en sang et produits sanguins. Les soins et le soutien comprennent les services de conseil et test volontaires, l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux, la prise en charge des infections opportunistes et des affections associées, telles que la tuberculose, les soins palliatifs, et le soutien psychologique et social.

Le plus grand obstacle à une mise en œuvre à grande échelle d'interventions efficaces est un fonctionnement médiocre et une pénurie de crédits que l'on observe dans la plupart des systèmes de santé. L'OMS intensifie donc le soutien qu'elle apporte aux efforts que font les pays pour renforcer leur secteur de santé et met au point une stratégie mondiale visant à adapter l'action de santé aux besoins, capacités et circonstances spécifiques des divers Etats Membres.

Voir : <http://www.who.int/asd/index.html>

VII. La Banque Mondiale

La Banque mondiale a pour mandat de soulager la pauvreté et d'améliorer la qualité de la vie. Le VIH/SIDA entraîne des pertes humaines et économiques énormes et fait peser une menace substantielle sur la croissance économique et sociale de nombreuses nations du monde en développement. Le VIH/SIDA nécessite des soins de santé coûteux qui se prolongent sur une longue durée ; il affecte principalement les adultes vivant leurs années les plus productives ; il soulève des questions juridiques et éthiques complexes ; il touche tous les segments de la société ; enfin, il est en croissance rapide.

Entre 1986 et le début de 1999, la Banque mondiale a engagé plus de US \$ 750 millions en faveur de plus de 75 projets touchant le VIH/SIDA de par le monde. La plupart de ces ressources ont été fournies selon des termes très préférentiels par l'intermédiaire de l'Association internationale de Développement. Afin d'agir plus efficacement contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur le développement, la Banque met en œuvre une nouvelle stratégie face à l'épidémie, ainsi qu'un partenariat efficace avec l'ONUSIDA, les institutions de financement et les gouvernements. Le plan stratégique de l'Action intensifiée contre le SIDA s'appuie sur les importants avantages comparatifs que les partenaires peuvent développer en faveur d'une élévation rapide du niveau d'action et d'un accroissement des ressources disponibles, tous deux nécessaires à une mise en œuvre efficace des interventions visant à prévenir la propagation de l'épidémie et à diminuer son impact.

Dans son dialogue avec les pays débiteurs, la Banque souligne que le VIH/SIDA constitue une priorité du développement et met en lumière la nécessité d'un engagement politique au plus haut niveau, de réformes des soins de santé, de la protection des droits humanitaires et d'un éventail de réformes au sein de tous les secteurs afin de combattre les facteurs qui contribuent à la propagation du VIH. Chaque fois que possible, les activités soutenues par la Banque bénéficient des conseils techniques des autres

Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA et sont planifiées puis exécutées par les gouvernements eux-mêmes, en collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux. Une section du site web de la Banque mondiale est consacrée au SIDA, à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org/>

Annexe 4 –

**PRINCIPES ET VALEURS APPLIQUES PAR
L'ONUSIDA DANS SES ACTIVITES AVEC LA
SOCIETE CIVILE**

Les valeurs et principes suivants ont été adoptés pour orienter la collaboration avec la société civile autour de l'accès universel⁵⁰⁰.

Le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA appliquent les valeurs suivantes:

- Cohérence, clarté, accessibilité, transparence, redevabilité et communication multidirectionnelle;
- Planification et action stratégiques;
- Investissement dans des partenariats fondés sur des objectifs communs;
- Accepter de mettre en question et d'être mis en question de manière constructive;
- Reconnaissance des points forts et du potentiel de tous les partenaires;
- Passion, audace, engagement, activisme et responsabilité;
- Partage, apprentissage et leadership;
- Respect de la diversité, indépendamment du sexe, de l'âge, de la religion, de l'appartenance ethnique, des opinions, du statut social ou économique, de l'orientation sexuelle ou de la sérologie VIH et respect d'une approche fondée sur les droits de la personne;
- Conviction que chaque interaction est une occasion d'apprendre quelque chose de nouveau et de faire avancer la riposte;
- Des ripostes au sida viables à long terme et la garantie que les compétences et l'expérience de la société civile sont mises à profit.

Principes appliqués par l'ONUSIDA et les Coparrainants pour collaborer avec la société civile:

- Participation totale et engagement concret des personnes vivant avec le VIH et de leurs organisations, toutes les activités s'efforçant d'appliquer pleinement le principe GIPA;
- Une approche fondée sur les droits et sensible aux questions sexospécifiques;

⁵⁰⁰ http://www.unaids.org/fr/Partnerships/Civil+society/principles_values.asp

- Participation de tous les groupes clés aux activités de planification susceptibles d'avoir un effet sur eux;
- Actions de partenariat orientées vers les résultats;
- Encouragement, soutien et ressources à des actions susceptibles de modifier le cours de l'épidémie;
- Engagement à long terme en faveur du développement des points forts et des capacités de tous les partenaires;
- Priorité donnée aux partenariats stratégiques ayant un impact à l'échelon pays;
- Promotion du concept 'Connaître son épidémie' afin de provoquer une action efficace;
- Le rôle fondamental de la société civile est reconnu à chaque étape de la riposte au sida.

Les organisations de la société civile travaillant dans le domaine du sida pourront également observer les valeurs fondamentales formulées dans le Code de bonnes pratiques des ONG intervenant dans la lutte contre le VIH/sida, publié par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2005. Ces valeurs fondamentales sont les suivantes:

- Valoriser la vie humaine;
- Respecter la dignité de tous;
- Respecter la diversité et promouvoir l'égalité de tous sans distinctions d'aucune sorte, telles que l'appartenance ethnique, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre;
- Prévenir et éliminer la souffrance humaine;
- Soutenir les valeurs communautaires qui encouragent le respect de l'autre et manifester une volonté de travailler en commun à la recherche de solutions, dans un esprit de compassion et de soutien mutuel;
- S'attaquer aux inégalités sociales et économiques et favoriser la justice sociale.

Une bonne part des efforts d'intégration réelle des groupes les plus vulnérables et les plus touchés dans les ripostes au sida émanent de la société civile. Il est particulièrement important d'écouter la voix et les opinions de

groupes tels que les femmes, les enfants, les jeunes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles, les personnes qui consomment des drogues, les professionnel(le)s du sexe, les populations mobiles, les détenus et les peuples autochtones.

Les organisations de la société civile qui ont contribué à ce cadre conceptuel insistent sur l'importance de l'adhésion des groupes de la société civile participants à des principes de bonne gouvernance, notamment:

- L'observance et la pratique de processus démocratiques pour permettre la participation totale et l'intégration réelle de tous les membres des communautés concernées dans le processus politique;
- La redevabilité et la transparence dans les méthodes de gouvernance pratiquées;
- Des structures institutionnelles offrant des formes légitimes de représentation communautaire.

Annexe 5 –

**LISTE DES ASSOCIATIONS ET ORGANISMES DE
LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

I. AFRIQUE DU SUD

BELLVILLE

1.

AIDS Action Group – Northern Area
Contacts
7 Meath Street Bellville Téléphone: +27 21 948 76 99
Personne ressource:

2.

Metropolitan AIDS Research
Contacts
PO Box 2212 Bellville Téléphone: +27 21 940 58 83
Personne ressource:

BLOEMFONTEIN

3.

AIDS Training and Information Centre (ATIC)
Contacts
Ground Floor, Chris de Wet building 83 Charks Street PO Box: 3704 9300 Bloemfontein Tél. +27 51 405 85 44 Fax +27 51 405 88 18
Personne ressource:

4.

Bloemfontein AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
Chris de Wet Building 83 Charks Street 9300 Bloemfontein Tél. +27 51 405 85 44
Personne ressource:

BRONKHORSTSPRUIT

5.

St Joseph's Care Centre
Contacts
Sizanani Village, Kungwini district – Province of Gauteng Tél. +27 13 932 19 04 Fax +27 13 932 43 77 sizanani@gmx.net
Personne ressource:

CAPE TOWN

6.

AIDS Foundation of South Africa
Contacts
114 Hout Street Cape Town Tél. +27 21 264 19 80 Fax +27 21 264 19 89
Personne ressource:

7.

Day Zero Film & Video Film "A miner's tale"
Contacts
808 Kloof Street PO Box 21545 Cape Town Tél. +27 21 424 29 70 don@dayzero.co.za
Personne ressource:

8.

Ministry of Health
Contacts
Private Bag X9070 Cape Town Tél. +27 21 451 74 07 Fax +27 21 451 15 75
Personne ressource:

9.

The South African Red Cross Society
Contacts
1 st Floor, Helen Bowden Residence Beach Road – Granger Bay PO Box 50696 8002 Waterfront Tél. +27 21 418 66 40 Fax +27 21 418 66 44 sarcs@redcross.org.za www.ifrc.org/adress/za.asp
Personne ressource:

10.

Triangle Project
Contacts
Lesbian and Gay Organisation, Community House PO Box 43282 - 7915 Woodstock Tél. +27 21 448 38 12 Fax +27 21 448 40 89 triangle@icon.co.za
Personne ressource:

11.

Sex Workers Education and Advocacy Project (SWEAT)
Contacts
Sex workers' organisation Community House 41 Salt River Road, Salt River PO Box 373 7915 Woodstock Tél. +27 21 448 78 75 Fax +27 21 448 78 57 sweat@iafrica.com
Personne ressource:

12.

Training and Information Centre (ATIC – Western Cape)
Contacts
Ground Floor, Cape Town Civic Centre 13 Hertzog Boulevard PO Box 2815 8000 Foreshore Tél. +27 21 400 34 00 / +27 21 400 26 82 Fax +27 21 419 52 48
Personne ressource:

13.

Vukani AIDS & Youth Development Project
Contacts
PO Box 54 7455 Lancia Tél. +27 21 694 36 03 Fax +27 21 694 27 75
Personne ressource:

14.

Joy For Life
Contacts
1 Molteno Road 8002 Oranjezicht Tél. +27 21 423 74 52 Joy4life@wn.apc.org
Personne ressource:

15.

Treatment Action Campaign (TAC) National Office
Contacts
34 Main Road 7945 Muizenberg Tél. +27 21 788 35 07 Fax +27 21 788 37 26 info@tac.org.za
Personne ressource:

16.

Western Cape AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
Lady Michaelis Day Hospital Centre Timour Hall Road 7801 Plumstead Tél. +27 21 797 33 27
Personne ressource:

17.

Wola Nani
Contacts
76 Long Street 8001 Cape Town Tél. +27 21 423 73 85 Fax +27 21 423 73 87 wolanani@wolanani.co.za
Personne ressource:

18.

Médecins Sans Frontières
Contacts
Town One Properties / Sulani Drive 7784 Khayelitsha Tél. +27 21 364 54 90
Personne ressource:

19.

Treatment Action Campaign (TAC)
Contacts
Town One Properties/Sulani Drive Site B 7784 Khayelitsha Tél. +27 21 364 54 89 Fax +27 21 361 70 51 info@tac.org.za
Personne ressource:

20.

Medical Research Council
Contacts
The Corporate Communication Division PO Box 19070 7505 Tygeberg Tél. +27 21 938 02 05 Fax +27 21 938 03 95
Personne ressource:

21.

The Health Team
Contacts
202 Maynardville Court 23 Wellington Avenue 7800 Wynberg Tél. +27 21 762 65 15 Fax +27 21 797 33 56 piko@yebo.co.za
Personne ressource:

DURBAN

22.

AIDS Training and Information Centre (ATIC-Durban)
Contacts
PO Box 2443 4000 Durban Tél. +27 31 300 31 04 Fax +27 31 300 30 30 / 306 92 94
Personne ressource:

23.

Health Economics and HIV/AIDS Research Division
Contacts
University of Natal PO Box 2443 4041 Durban Tél. +27 31 260 25 92 Fax +27 31 260 25 87 freeman@shep.und.ac.za
Personne ressource:

24.

AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC – Durban)
Contacts
City Health Building, 2 nd Floor 9 Old Fort Place 4001 Durban Tél. +27 31 300 31 04
Personne ressource:

25.

Treatment Action Campaign (TAC)
Contacts
ICL House, Portion of Suit 202 – 2 nd Floor 480 Smith Street 4001 Durban Tél. +27 31 304 36 73 Fax +27 31 361 70 51
Personne ressource:

EAST LONDON

26.

Treatment Action Campaign (TAC)
Contacts
208 Edcourt Square 256 Oxford Street 5200 East London Tél. +27 43 722 26 45 / +27 43 722 26 46 Fax +27 43 722 26 42
Personne ressource:

ELIM

27.

Treatment Action Campaign (TAC)
Contacts
Elim Bakery Road 0960 Elim Tél. +27 15 556 33 41 Fax +27 15 556 34 20
Personne ressource:

JOHANNESBURG

28.

Gauteng Department of Health Offices
Contacts
Bank of Lisbon Building 37 Sauer Street corner Market Street Gauteng Tel. +27 11 355 35 03 Zanele.zungu@gauteng.gov.za
Personne ressource:

29.

National Association of People Living With HIV/AIDS (NAPWA – SA)
Contacts
NAPWA House, PO Box 66 Corner Knox Street and Simpson Street 1400 Germiston Tél. +27 11 872 09 75 Fax +27 11 872 13 43 napwadir@sn.apc.org
Personne ressource:

30.

Institute for Health and Development Communication
Contacts
Soul City PO Box 1290 2041 Houghton Tél. +27 11 643 58 52 Fax +27 11 643 62 53 soulcity@soulcity.org.za www.soulcity.org.za
Personne ressource:

31.

Jacana Media Ltd
Contacts
PO Box 2004 2141 Houghton Tél. +27 11 274 66 00 Fax +27 11 648 55 16 marketing@jacana.co.za
Personne ressource:

32.

AIDS Law Project (ALP)
Contacts
Centre for Applied Legal Studies (CALS) University of the Witwatersrand Private Bag 3 – Wits 2050 Johannesburg Tél. +27 11 717 86 00 Fax +27 11 403 23 41 alpadm@law.wits.ac.za
Personne ressource:

33.

Treatment Action Campaign (TAC)
Contacts
Auckland House, West Wing Corner Smith Street and Biccard Street PO Box 31160 2017 Braamfontein Tél. +27 11 339 84 21 Fax +27 11 403 19 32
Personne ressource:

34.

The AIDS Consortium
Contacts
PO Box 31104 2017 Braamfontein Tél. +27 11 403 02 65 / +27 11 403 03 90/91/95 Fax +27 11 403 21 06 Email : info@aidsconsortium.org.za
Personne ressource:

35.

Theatre for Life
Contacts
PO Box 51022 2124 Raedene Tél. +27 11 485 47 71 Fax +27 11 485 47 71 admin@arepp.org.za
Personne ressource:

36.

Community AIDS Information and Support Centre
Contacts
17 Esselen Street 2001 Hillbrow Tél. +27 11 725 67 10
Personne ressource:

37.

Cotlands
Contacts
PO Box 74042 2042 Turffontein Fax +27 11 683 26 09 / +27 11 683 66 88 jolene@cotlands.org
Personne ressource:

38.

Planned Parenthood Association of South Africa (PPASA)
Contacts
31 Plantation Road 2006 Auckland Park Tél. +27 11 482 46 01
Personne ressource:

39.

PSI/South Africa PSI/Southern Africa Regional Project
Contacts
Menton Building 1 Park Road 2092 Richmond Auckland Park Tél. +27 11 482 14 27 Fax +27 11 482 33 33 scott@sfh.co.za
Personne ressource:

40.

Society for Family Health
Contacts
PO Box 408 2006 Auckland Park Tél. +27 11 482 14 27
Personne ressource:

41.

Southern Africa AIDS Training Programme (SAT) SAT Regional Office
Contacts
PO Box 411919 2024 Craighall Park Tél. +27 11 341 06 10 / +27 11 341 06 60 Fax +27 11 341 06 61 info@satregional.org
Personne ressource:

42.

SWAA – South Africa
Contacts
Management House PO Box 31652 38 Melle Street Braamfontein Tél. +27 11 403 63 90 Fax +27 11 339 63 89 thestrays@telkomsa.net
Personne ressource:

43.

The Lesbian and Gay Equality Project
Contacts
PO Box 2781 2143 Yeoville Tél. +27 11 487 38 10 / +27 11 487 38 11 Fax +27 11 648 42 04 info@equality.org.za
Personne ressource:

44.

Voluntary Services Overseas (VSO) South Africa
Contacts
PO Box 2963 2121 Parklands Tél. +27 11 880 17 88 vsosouthafrica@vsoint.org
Personne ressource:

45.

Johannesburg City Health Department The Community AIDS Information and Support Centre
Contacts
PO Box 1477 2000 Johannesburg Tél. +27 11 725 67 10 Fax +27 11 403 10 69
Personne ressource:

46.

Township AIDS Project (TAP)
Contacts
PO Box 4168 2000 Johannesburg Tél. +27 11 982 10 16 Fax +27 11 982 56 21
Personne ressource:

47.

Churches AIDS Programme (CAP)
Contacts
Private Bag X3062 2125 Randburg Tél. +27 11 792 38 00 Fax +27 11 793 69 63
Personne ressource:

48.

Heinemann International Southern Africa
Contacts
Heinemann House Grayston Office Park, Building n°3 PO Box 2004 128 Peter Road 2146 Sandton Tél. +27 11 322 86 00 Fax +27 11 322 87 12 / 18 customerliaison@heinemann.co.za
Personne ressource:

KOKSTAD

49.

The Bambisanani Project
Contacts
TEBA Office Scots Street Tél. +27 39 727 29 88 Fax +27 39 727 29 64
Personne ressource:

LUSIKISIKI

50.

Treatment Action Campaign (TAC)
Contacts
Private Bag X1028 – Suite n°120 4820 Lusikisiki Tél. +27 39 253 19 51/2 Fax +27 39 253 13 08
Personne ressource:

NELSPRUIT

51.

Nelspruit AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
7 Bell Street 1200 Nelspruit Tél. +27 13 751 11 76
Personne ressource:

52.

Treatment Action Campaign
Contacts
Kamkholo Building – Room 305 Corner Brown Street and Voortrekkers Street 1200 Nelspruit Tél. +27 13 755 22 98 Fax +27 13 752 71 13
Personne ressource:

PIETERMARITZBURG

53.

Pietermaritzburg AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
42 Havelock Road 3201 Pietermaritzburg Tél. +27 33 395 16 12 / 13
Personne ressource:

54.

Treatment Action Campaign (TAC)
Contacts
Perks Acade Building – Room 28 197 Long Market Street 3201 Pietermaritzburg Tél. +27 33 394 08 45 Fax +27 33 342 33 21
Personne ressource:

PLETTENBERG

55.

Plettenberg HIV/AIDS Forum
Contacts
Simunya Centre Corner Khathula Street and Plettenberg Bay Plettenberg Tél. +27 44 533 56 16
Personne ressource:

POLOKWANE

56.

Polokwane AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
Corner Potgieter Street and Diaz Street 0966 Polokwane Tél. +27 15 290 23 63
Personne ressource:

PORT ELIZABETH

57.

Port Elizabeth AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
Brister House PO Box 293 191 Govan Mbeki Street 6001 Port Elizabeth Tél. +27 41 506 14 14 / 15 Fax +27 41 506 14 86 aticcpem@iafrica.com
Personne ressource:

PRETORIA

58.

AIDS and Human Rights Research Unit
Contacts
Centre for Human Rights Faculty of Law University of Pretoria 0002 Pretoria Tél. +27 12 420 3034 / 3810 Fax +27 12 362 5125 chr@postino.up.ac.za www.chr.up.ac.za
Personne ressource:

59.

Centre for the Study of AIDS
Contacts
University of Pretoria 0002 Pretoria Tél. +27 12 420 4391 Fax +27 12 420 5884 csa@up.ac.za www.csa.za.org
Personne ressource:

60.

COMPRESS
Contacts
Hallmark Building 372 Jan Smuts Avenue alan@compress.co.za
Personne ressource:

61.

UNAIDS – Intercountry Team for Eastern & Southern Africa
Contacts
PO Box 6541 0001 Pretoria Tél. +27 12 338 53 08 Fax +27 12 338 53 10 assy@un.org.za
Personne ressource:

62.

Department of Health HIV/AIDS and TB Chief Directorate
Contacts
Hallmark Building 325 Proes Street Private Bag X828 0001 Pretoria Tél. +27 12 312 01 21 Fax +27 12 326 28 91 agenbr@hltrsa.pwv.gov.za
Personne ressource:

63.

Ministry of Health
Contacts
Private Bag X399 0001 Pretoria Tél. +27 12 328 47 73 Fax +27 12 325 55 26
Personne ressource:

64.

Southern African Catholic Bishops' Conference (SACBC) AIDS Office
Contacts
PO Box 941 0001 Pretoria Tél. +27 12 323 64 58 Fax +27 12 326 43 09 amunro@sacbc.org.za
Personne ressource:

65.

UNAIDS
Contacts
Metropark Building PO Box 6541 351 Schoeman Street 0001 Pretoria Tél. +27 12 338 51 82 Fax +27 12 338 51 93 unaids@un.org.za
Personne ressource:

66.

UNDP
Contacts
The Group on HIV/AIDS Metropark Building PO Box 6541 351 Schoeman Street 0001 Pretoria Tél. +27 12 338 50 06 Fax +27 12 320 43 53 John.ohiorhenuan@undp.org
Personne ressource:

67.

VSO – RAISA Regional Office
Contacts
The Tramshed PO Box 11084 0126 Pretoria Tél. +27 12 320 38 85 vso-raisa@idasa.org.za
Personne ressource:

68.

Positive Women's Network Association of People Living with HIV/AIDS
Contacts
Suite 159, Postnet X21 0132 Sunnyside Tél. +27 12 343 09 53 Fax +27 12 341 97 89 pmabele@mweb.co.za
Personne ressource:

69.

Pretoria AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
City Core Corner Vermeulen Street and Prinsloo Street 0002 Pretoria Tél. +27 12 308 87 43 / 44 / 46 / 48
Personne ressource:

70.

National AIDS Convention of South Africa (NACOSA)
Contacts
PO Box 29356 Sunnyside Tél. +27 12 324 16 80 Fax +27 12 323 50 45
Personne ressource:

QUEENSTOWN

71.

Treatment Action Campaign (TAC)
Contacts
Snoek and Wingle 6 Robbinson Road 5319 Queenstown Tél. +27 45 838 13 64 Fax +27 45 838 13 54
Personne ressource:

SALTVILLE

72.

The House of Resurrection Haven
Contacts
PO Box 17143 6033 Saltville Tél. +27 41 811 515 Fax +27 41 813 115 thehavenpe@hotmail.com
Personne ressource:

UMTATA

73.

Umtata AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
Botha Sigcau Building – 8 th Floor Corner Leeds Street and Owen Street 5100 Umtata Tél. +27 47 531 27 63
Personne ressource:

VINCENT

74.

The ABBA Trust (Aid Babies Battling AIDS)
Contacts
PO Box 13287 5217 Vincent Tél. +27 43 726 14 06 / +27 43 760 00 21 Fax +27 43 726 14 06 gazi@iafrica.com
Personne ressource:

WELKOM

75.

Leratong AIDS Centre
Contacts
Kopano Complex Long Road 9460 Welkom Tél. +27 57 353 30 29
Personne ressource:

WITBANK

76.

Witbank AIDS Training, Information and Counselling Centre (ATICC)
Contacts
City Health Services Witbank City Council Corner Swartbos Road and Louise Road 1035 Witbank Tél. +27 13 690 62 04
Personne ressource:

WORCESTER

77.

AIDS Action Committee
Contacts
PO Box 5279 6851 Worcester Tél. +27 23 170 945 Fax +27 23 173 668
Personne ressource:

II. BURKINA FASO

BOBO DIOULASSO

1.

APRODEC / CADI
Contacts
Centre Muraz 01 BP 153 Bobo Dioulasso Tél. +226 20 97 08 55 Fax +226 20 98 23 14
Personne ressource: Mme Madina TRAORE

2.

Association Espoir pour Demain (AED)
Contacts
B.P. 658 Bobo Dioulasso Tél. +226 20 97 75 70 aed@como2.com
Personne ressource: Mme Christine KAFANDO

3.

Association Promotion Développement Economique et Social (APDES)
Contacts
C/O Mme Micheline Sanou Maternité G. Ouattara Bobo Dioulasso Tél. +226 97 15 33 / +226 97 03 19
Personne ressource: M. Edouard SANOU

4.

Association Sinikeneya
Contacts
C/O M. Seydou Traoré Direction Régionale de la Santé B.P. 1508 Bobo Dioulasso Tél. +226 98 13 62 / +226 97 04 74
Personne ressource: M. Seydou TRAORE

5.

Centre Culturel Henri Matisse
Contacts
Avenue du Général de Gaulle B.P. 293 Bobo Dioulasso Tél. +226 97 02 18 Fax +226 97 06 60
Personne ressource:

6.

Centre de Services Conseils pour Jeunes
Contacts
Quartier Bolomakoré Tél. +226 98 00 50
Personne ressource: Mme Nicole KABORE

7.

Club d'Education Actuelle (CLEDUCA)
Contacts
B.P. 1465 Bobo Dioulasso Tél. +226 97 17 75
Personne ressource: M. Nouhoun COULIBALY

8.

Compagnie Traces Théâtre
Contacts
01 B.P. 3716 Bobo Dioulasso Tél. +226 97 39 79 / +226 97 02 18 Fax +226 97 02 18
Personne ressource: M. Moussa SANOU

9.

Femme et Développement du Houet
Contacts
B.P. 822 Bobo Dioulasso Tél. +226 97 03 99 Fax +226 97 19 25
Personne ressource: Mme Dianné NABA

10.

National Community of Women Living with HIV/AIDS
Contacts
C/O CRLAT B.P. 382 Bobo Dioulasso Tél. +226 98 10 20 Fax +226 98 23 14 hck@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Martine SOMDA

11.

OMEN Promotion
Contacts
C/O M. Mamadou Sawadogo B.P. 2720 Bobo Dioulasso Tél. +226 98 00 84 Fax +226 98 23 14 omen@fasonet.bf
Personne ressource: M. Mamadou SAWADOGO

12.

Projet HCK
Contacts
B.P. 2720 Bobo Dioulasso Tél. +226 97 00 93 Fax +226 98 23 14 hck@fasonet.bf
Personne ressource: M. Robert CAZAL – GAMELSY

13.

Sida Ka Taa
Contacts
B.P. 533 Bobo Dioulasso Tél. +226 97 74 35 sidakataa@hotmail.com
Personne ressource: M. Yves TRAORE

14.

Association Responsabilité, Espoir, Vie, Solidarité (REV+)
Contacts
01 B.P. 382 Bobo Dioulasso 01 Tél. +226 20 97 05 17 Fax +226 20 98 23 14 revs@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Martine SOMDA

15.

Centre Muraz / OCCGE
Contacts
01 B.P. 153 Bobo Dioulasso Tél. +226 97 41 00 Fax +226 97 04 57
Personne ressource: M. Nicolas NAGOT

16.

Centre Solidarité Action Sociale (SAS)
Contacts
Centre Muraz 01 B.P. 1396 Bobo Dioulasso 01 Tél. +226 97 25 37 / +226 97 25 38 Fax +226 97 04 57 rm-meda@hotmail.com
Personne ressource: Mme Rose-Marie MEDA

17.

Espoir et Vie (EV)
Contacts
C/O SAS – Centre Muraz 01 B.P. 1396 Bobo Dioulasso 01 Tél. +226 20 98 14 49 Fax +226 20 97 25 38 espoirvie@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Colette KOALA

18.

Groupe de Recherche et d'Appui à l'Auto-Promotion (GRAAP)
Contacts
01 B.P. 785 Bobo Dioulasso 01 Tél. +226 97 25 03 Fax +226 98 29 58
Personne ressource:

19.

Réseau Africain de personnes Positives (RAP+)
Contacts
01 B.P. 382 Bobo Dioulasso 01 Tél. +226 97 05 17 Fax +226 97 05 17 rev@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Martine SOMDA

20.

Union des Routiers Burkinabé en Lutte contre le Sida (URBLS)
Contacts
01 B.P. 1437 Bobo Dioulasso 01 Tél. +226 97 06 26 Fax +226 97 06 27 urbcls.b@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Tisa DEMBELE

21.

Wuro-Yéré pour le Développement de Bobo
Contacts
01 B.P. 441 Bobo Dioulasso 01 Tél. +226 97 09 43 / +226 34 00 60
Personne ressource: M. Serge MILLOGO

22.

Centre Faire Face (CADI)
Contacts
02 B.P. 1855 Bobo Dioulasso 02 Tél. +226 20 97 08 55
Personne ressource:

23.

Association Jeunesse Loisirs de Développement
Contacts
B.P. 54 Bobo Dioulasso 01 Tél. +226 98 20 79 Fax +226 97 14 45
Personne ressource: M. Joseph Philippe SOME

BOGANDE

24.

Cuo Fi Ke Tori A Ba
Contacts
C/O Aimé César Beogo B.P. 2372 Bogande Tél. +226 63 80 59 Fax +226 77 95 36
Personne ressource: M. Aimé César BEOGO

KOUDOUGOU

25.

Association pour le Développement des Initiatives Paysannes / Solidarité (ADIP/S)
Contacts
B.P. 78 Koudougou Tél. +226 50 44 07 58 aadips@caramail.com
Personne ressource: M. Edouard YAMEOGO

26.

Yérelon
Contacts
C/O Service d'hygiène B.P. 3215 Koudougou Tél. +226 97 41 00 / +226 20 97 54 15 Association.yerelon@caramail.com
Personne ressource: M. Obi KAM

OUAGADOUGOU

27.

Alliance Missionnaire Internationale (AMI)
Contacts
B.P. 640 Ouagadougou Tél. +226 34 13 89 / +226 34 07 24 Fax +226 34 07 24
Personne ressource: M. Levy BOUKOUNGOU

28.

Amicale Burkinabé des Infirmières (ABI)
Contacts
03 B.P. 7002 Ouagadougou Tél. +226 31 76 23
Personne ressource: Mme Blanche TOE

29.

Association Burkinabé pour la Promotion des Personnes Défavorisées (ABPESPD)
Contacts
Ouagadougou Tél. +226 34 16 42
Personne ressource: Mme Alima OUATTARA

30.

Association Conservation et Mise en Valeur de Gabio (ACMVG)
Contacts
09 B.P. 377 Ouagadougou Tél. +226 36 23 81
Personne ressource: M. Bastien BENAO

31.

Association pour le Promotion des Activités de la Jeune Fille (APAJF/BF)
Contacts
01 B.P. 4747 Ouagadougou Tél. +226 32 40 16
Personne ressource: Mme Adélaïde ABALEM

32.

Centre Culturel Georges Melies
Contacts
B.P. 561 Ouagadougou Tél. +226 30 60 97 / +226 30 60 98 Fax +226 30 60 99
Personne ressource: M. Thierry KLOCKENBRING

33.

Centre de Coopération Internationale en santé et en développement (CCISD)
Contacts
Projet Sida 3 – Burkina Faso B.P. 6643 Ouagadougou Tél. +226 31 35 73 Fax +226 31 59 45 frederic.kintin@ccisd.bf
Personne ressource: M. Pierre CHAMPAGNE

34.

CNLPE
Contacts
B.P. 515 Ouagadougou 01 Tél. +226 30 79 15 / +226 31 85 30 Fax +226 30 79 15
Personne ressource: Mme Félicité BASSOLE

35.

Comité de Santé (CST secteur 22)
Contacts
B.P. 209901 Ouagadougou Tél. +226 35 06 63 / +226 35 04 27
Personne ressource: Mme Claudine YANOGO

36.

Frame Burkina / Vidéo Adra BF
Contacts
01 B.P. 2527 Ouagadougou Tél. +226 70 24 70 22 africaframe@wanadoo.fr
Personne ressource: M. Patrick MARTINET

37.

Mwangaza Action
Contacts
06 B.P. 9277 Ouagadougou Tél. +226 36 33 85 Fax +226 36 33 85 mwangaz@fasonet.bf
Personne ressource:

38.

Promo-Femmes / Développement Solidarité
Contacts
Ouagadougou Tél. +226 31 30 52 Fax +226 31 30 52 Promo-femmes@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Clémentine Rosalie OUEDRAOGO

39.

The Global Dialogues
Contacts
06 B.P. 9342 Ouagadougou Tél. +226 36 33 07 info@globaldialogues.org
Personne ressource: M. Daniel ENGER

40.

Actions / Femmes – Mineurs en milieu carcéral (Act/FEMIC)
Contacts
01 B.P. 5488 Ouagadougou 01 Tél. +226 43 63 10
Personne ressource:

41.

AFRICARE
Contacts
01 B.P. 608 Ouagadougou 01 Tél. +226 36 58 44
Personne ressource: M. Ali DANAYE

42.

Association African Solidarité (AAS)
Contacts
01 B.P. 2831 Ouagadougou 01 Tél. +226 50 31 01 47 Fax +226 50 30 48 22 aas@fasonet.bf www.aasbf.org
Personne ressource: M. Issoufou TIENDREBEOGO

43.

Association ALAVI (Laafi la viim)
Contacts
01 B.P. 4664 Ouagadougou 01 Tél. +226 50 36 91 16 Fax +226 50 31 68 02 Alvi95@hotmail.com
Personne ressource: Mme Laure SALAMBERE

44.

Association Burkinabé d'Assistance aux Malades du Sida (ABAMS)
Contacts
01 B.P. 2017 Ouagadougou 01 Tél. +226 31 62 74
Personne ressource: M. Alexandre KOAMA

45.

Association Burkinabé pour le Bien Etre Familial (ABBEF)
Contacts
01 B.P. 535 Ouagadougou 01 Tél. +226 50 31 05 98 / +226 50 31 75 10 Fax +226 50 31 75 11 abbef@fasonet.bf
Personne ressource: M. Jean-Marie GUENGANI

46.

Association des Femmes Africaines face au Sida (AFAFSI)
Contacts
832 Avenue N'Kwamé N'krumah 01 B.P. 05 Ouagadougou 01 Tél. +226 50 31 23 94 Fax +226 50 30 73 03 afafsi@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Boyarm MOMINATA

47.

Association des Jeunes de Saint Léon (AJSL)
Contacts
01 B.P. 2936 Ouagadougou 01 Tél. +226 31 58 27
Personne ressource: M. Rufin SOME

48.

Association des Jeunes en Croisade contre le Sida (AJCS)
Contacts
C/O Mme Suzanne Somda 01 B.P. 10088 Ouagadougou 01 Tél. +226 36 37 30
Personne ressource: Mme Suzanne SOMDA

49.

Association des Jeunes pour la Promotion des Orphelins (AJPO)
Contacts
01 B.P. 1154 Ouagadougou 01 Tél. +226 36 13 77 / +226 36 20 83 Fax +226 31 79 79 ajpo@caramail.com
Personne ressource: Mme Nathalie SAWADOGO

50.

Association des Pairs Educateurs du Projet PSAMAO
Contacts
C/O Africair 01 B.P. 608 Ouagadougou 01 Tél. +226 36 58 44
Personne ressource: M. Ali DAYANE

51.

Association des Veuves et Orphelins du Burkina Faso (AVOB)
Contacts
01 B.P. 2226 Ouagadougou 01 Tél. +226 30 78 95
Personne ressource: Mme Lucie KABORE

52.

Association Paix et Solidarité (APS)
Contacts
01 B.P. 1940 Ouagadougou 01 Tél. +226 34 21 96 Fax +226 34 21 96 aps@fasonet.bf
Personne ressource: M. Kevin OUEDRAOGO

53.

Association pour la Promotion Economique et Sociale des Femmes (APES Femmes/BF)
Contacts
01 B.P. 5165 Ouagadougou 01 Tél. +226 70 25 41 94 / +226 76 65 65 92
Personne ressource: Mme Fati OUEDRAOGO

54.

Association Sahel Jeunesse (ASJ)
Contacts
01 B.P. 3251 Ouagadougou 01 Tél. +226 35 00 16 Fax +226 30 86 73 mogo@cenatrin.bf
Personne ressource: Mme Mogoyalma OUEDRAOGO

55.

Centre d'Information de Conseil et de documentation sur le Sida et la Tuberculose (CICdoc)
Contacts
Route de l'Hôpital 01 B.P. 1788 Ouagadougou 01 Tél. +226 50 36 96 90 Fax +226 50 42 07 07 cicdoc.doc@cenatrin.bf
Personne ressource: M. Pascal NIAMBA

56.

Centre National d'Education pour la Santé (CNES)
Contacts
01 B.P. 2519 Ouagadougou 01 Tél. +226 33 62 52
Personne ressource:

57.

Centre Syfed du Burkina Faso
Contacts
01 B.P. 4416 Ouagadougou 01 Tél. +226 31 61 90 Fax +226 31 61 90
Personne ressource:

58.

Club d'Amitié de Solidarité et de Tourisme (CAST)
Contacts
01 B.P. 1219 Ouagadougou 01 Tél. +226 33 43 90 / +226 30 67 77
Personne ressource: M. Malick SAWADOGO

59.

Croix Rouge Burkinabé
Contacts
01 B.P. 4404 Ouagadougou 01 Tél. +226 50 36 13 40 Fax +226 50 36 31 21 www.ifrc.org/adress/bf.asp
Personne ressource: Mme Bana OUANDAOGO

60.

Institut de Recherche pour le Développement (IRD)
Contacts
01 B.P. 182 Ouagadougou 01 Tél. +226 50 30 67 37 / 39 Fax +226 50 31 03 85
Personne ressource: Mme Fatoumata OUATTARA

61.

Jeunesse Africaine pour le Développement et l'Intégration (OJADI)
Contacts
01 B.P. 5508 Ouagadougou 01 Tél. +226 25 87 70 / +226 25 66 69 Fax +226 31 30 14 ojadi@caramail.com
Personne ressource: M. Lassana KABORE

62.

La Maison du Cœur
Contacts
01 B.P. 1661 Ouagadougou 01 Tél. +226 38 22 92
Personne ressource: Mme Josette BOEGLI

63.

La Mission Action Sida des Assemblées de Dieu (MASAD)
Contacts
01 B.P. 458 Ouagadougou 01
Personne ressource:

64.

Office Développement des Eglises Evangéliques (ODE)
Contacts
01 B.P. 108 Ouagadougou 01 Tél. +226 36 34 60 / +226 36 34 61 Fax +226 36 34 66
Personne ressource: M. Samuel YAMEOGO

65.

Oxfam / UK
Contacts
01 B.P. 48901 Ouagadougou 01 Tél. +226 36 28 60 Fax +226 36 18 07 koalaga@oxfam.org.uk
Personne ressource: M. Oscar KOALAGA

66.

Planète Jeunes
Contacts
Ets Le Messenger B.P. 584 Ouagadougou 01 Tél. +226 25 87 92 burkina@planete-jeunes.org
Personne ressource: M. Munir KY

67.

Promotion Aveugles et Mal Voyants (ABPAMV)
Contacts
01 B.P. 5588 Ouagadougou 01 Tél. +226 34 33 86 / +226 20 36 99 Fax +226 34 33 86
Personne ressource: M. Siaka DIARRA

68.

PSI / Burkina
Contacts
Cité SOCOGIB Dassagho Villa n°15 Rue 28 B.P. 636 Ouagadougou 01 Tél. +226 36 45 48 Fax +226 36 45 51
Personne ressource:

69.

Sahel's Film Productions
Contacts
01 B.P. 150 CMS Ouagadougou 01 Tél. +226 50 33 12 86 isakcomp@yahoo.fr
Personne ressource: M. Issaka COMPAORE

70.

Santé pour Tous
Contacts
01 B.P. 2320 Ouagadougou 01 Tél. +226 32 41 88 / +226 37 16 38 Fax +226 31 40 01 spcmes@fasonet.bf
Personne ressource: M. Zongo ROCH

71.

SOS Sida / Jeunesse mobilisée
Contacts
01 B.P. 2162 Ouagadougou 01 Tél. +226 31 48 20 / +226 31 84 69 Fax +226 31 40 01
Personne ressource: M. Emmanuel ROUAMBA

72.

Torim Mami
Contacts
C/O PAPRI B.P. 2320 Ouagadougou 01 Tél. +226 30 31 14 / +226 30 73 06 Fax +226 31 25 14 batta@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Fatoumata BATTA

73.

UNICEF
Groupe thématique sur le VIH/Sida
Contacts
01 B.P. 3420 Ouagadougou 01 Tél. +226 30 02 35 / +226 30 06 66 Fax +226 30 09 68
Personne ressource:

74.

Union des Associations pour le Développement à la Base (UABDB)
Contacts
01 B.P. 6435 Ouagadougou 01 Tél. +226 34 21 96 Fax +226 34 21 96 aps@fasonet.bf
Personne ressource: M. Adama OUEDRAOGO

75.

Vie Positive
Contacts
01 B.P. 1788 Ouagadougou 01 Tél. +226 31 10 26 / +226 31 41 59 Fax +226 31 79 79
Personne ressource:

76.

Villages sans Frontières
Contacts
01 B.P. 1097 Ouagadougou 01 Tél. +226 31 41 20
Personne ressource: M. Henri Placide NIKIEMA

77.

Wend Benedo
Contacts
01 B.P. 5592 Ouagadougou 01 Tél. +226 33 63 53
Personne ressource: Mme Blanche OUEDRAOGO

78.

Conseil National de Lutte contre le Sida et les MST (CNLS)
Contacts
03 B.P. 7030 Ouagadougou 03 Tél. +226 50 32 41 88 Fax +226 50 31 40 01
Personne ressource: M. Issaka Pierre KOMPAORE

79.

Ministère de la Santé
Contacts
03 B.P. 7009 Ouagadougou 03 Tél. +226 32 41 88 spcnls@fasonet.bf www.primaline.gov.bf
Personne ressource:

80.

Projet de Marketing Social des Condoms (PROMACO)
Contacts
03 B.P. 7109 Ouagadougou 03 Tél. +226 36 40 04 / +226 36 57 22 Fax +226 36 50 54 promaco@cenatrin.bf
Personne ressource:

81.

Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME)
Contacts
03 B.P. 2520 Ouagadougou 03 Fax +226 34 43 94
Personne ressource:

82.

Association pour le Développement de Delwendé (ADD)
Contacts
04 B.P. 8735 Ouagadougou 04 Tél. +226 43 52 31 / +226 31 42 48
Personne ressource: Mme Lucie KABORE

83.

La Bergerie / FUC
Contacts
04 B.P. 8346 Ouagadougou 04 Tél. +226 50 34 41 51 Fax +226 50 38 27 98 fucompassion@liptinfor.bf
Personne ressource: M. Wendtoin OUEDRAOGO

84.

Union des Routiers Burkinabé de Lutte contre le Sida (URBLS)
Contacts
04 B.P. 8103 Ouagadougou 04 Tél. +226 34 71 49 Fax +226 34 71 49 urbles@hotmail.com
Personne ressource:

85.

Association Vive le Paysan (AVLP/Saponé)
Contacts
05 B.P. 6274 Ouagadougou 05 Tél. +226 31 16 36 / +226 40 56 21 Fax +226 38 52 80 aeugene@fasonet.bf
Personne ressource: M. André Eugène ILBOUDO

86.

Jeunesse Active du Burkina
Contacts
05 B.P. 6051 Ouagadougou 05 Tél. +226 83 72 67 / +226 42 14 06
Personne ressource: M. Harouna SANDWIDI

87.

Association Savoir être Solidaire en Situation de Sida au Sahel (A5S)
Contacts
06 B.P. 10094 Ouagadougou 06 Tél. +226 81 50 01 A5s_bf@yahoo.fr
Personne ressource: M. Joseph BESSON

88.

Family Care International (FCI/Burkina Faso)
Contacts
06 B.P. 9455 Ouagadougou 06 Tél. +226 36 93 58 Fax +226 36 94 12 fci.burkina@fasonet.bf ; fcipubs@familycareintl.org
Personne ressource:

89.

Initiative Privée Communautaire contre le VIH/Sida (IPC/BF)
Contacts
06 B.P. 10220 Ouagadougou 06 Tél. +226 50 38 03 64 Fax +226 50 38 03 66 ipcsida@cenatrin.bf
Personne ressource: M. Brice MILLOGO

90.

Association Burkinabé de Soutien aux Victimes du Sida (ABSVS)
Contacts
09 B.P. 703 Ouagadougou 09 Tél. +226 31 07 07 / +226 38 33 87 Fax +226 38 33 87
Personne ressource: M. François de Sales BADO

91.

Association pour la Promotion de la Jeunesse Africaine et le Développement (APJAD)
Contacts
09 B.P. 324 Ouagadougou 09 Tél. +226 36 11 05 Fax +226 32 12 46 apjad@usa.net
Personne ressource: M. Bagnomboé BAKIANO

92.

Centre de Production et de Formation (CEPROFET)
Contacts
09 B.P. 826 Ouagadougou 09 Tél. +226 70 25 04 41 / +226 76 53 77 95 uicnbf@fasonet.bf
Personne ressource: M. Romuald SAWADOGO

93.

Kaleido Culture
Contacts
09 B.P. 588 Ouagadougou 09
Personne ressource: M. Kously LAMKO

94.

Réseau Africain des Jeunes contre le Sida (RAJS/BF)
Contacts
09 B.P. 324 Ouagadougou 09 Tél. +226 50 38 66 15 / +226 50 42 11 80 Fax +226 50 42 11 80 rajs@findology.com
Personne ressource: M. Bagnomboé BAKIANO

95.

Réseau Africa Volontaire
Contacts
10 B.P. 571 Ouagadougou 10 Tél. +226 70 72 16 21 / +226 50 42 11 80 Fax +226 50 42 11 80 rajs@findology.com
Personne ressource: M. François BENAO

96.

ONG ACAD – BF
Contacts
11 B.P. 1278 Ouagadougou 11 Tél. +226 67 64 30 acad.bf@laposte.net
Personne ressource: M. Yao Antoine ADJASSOU

OUAHIGOUYA

97.

Association Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant (AMMIE)
Contacts
B.P. 320 Ouahigouya Tél. +226 55 09 24 Fax +226 55 01 99 ammie@fasonet.bf
Personne ressource: Mme Cécile BELOUM

98.

APGAS
Contacts
02 B.P. 29 Ouahigouya 02 Tél. +226 55 01 93
Personne ressource: M. Joseph NIKIEMA

99.

Jumelage et Rencontre pour l'Entraide Médicale Internationale (JEREMI)
Contacts
B.P. 24 Ouahigouya 02 Tél. +226 55 40 20 Jeremi.ptme@fasonet.bf
Personne ressource: M. Joseph NIKIEMA

REO – PROVINCE DU SANGUIÉ

100.

Association Jeunesse Initiatives Développement (AJID)
Contacts
B.P. 76 Réo – Province du Sanguié batioange@yahoo.fr
Personne ressource: M. Ange-Marie BATIONO

III. CAMEROUN

BAFOUSSAM

1.

APICAM
Contacts
B.P. 980 Bafoussam Tél. +237 77 93 11 80 Apicam.bafoussam@caramail.com
Personne ressource: M. Jean Calvin WATO

2.

Association des Femmes Actives et Solidaires dans l'Espoir (ASFASE)
Contacts
Bafoussam Tél. +237 344 30 94 / +237 77 95 01 40 asfasebf@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Hélène MEUGANG

3.

COLIBRI
Contacts
B.P. 1346 Bafoussam Tél. +237 344 13 14 / +237 99 74 90 12 Fax +237 344 13 14 colibri_002@yahoo.com
Personne ressource: M. Jean Jules KAMGUE

BAFUT

4.

Faith and Solidarity
Contacts
PO Box 2059 Bafut Tél. +237 99 76 64 91
Personne ressource: Mme Linda BIH TAKU

BAMENDA

5.

Project Hope
Contacts
C/O Dr Valentine Ngwa PO Box 281 Bamenda Tél. +237 77 74 58 75 Fax +237 336 35 55 gvngwa@yahoo.com
Personne ressource: Mme Breda SHIGYAN

BANKIM

6.

Association des personnes concernées par l'infection à VIH/Sida
Contacts
C/O Dr Heitzman B.P. 31 Bankim Tél. +237 99 82 14 64 / +237 99 72 52 61
Personne ressource: Mme Marie Florence GUIWAT

BATOURI

7.

Association pour la Solidarité P+ (APSP+)
Contacts
B.P. 50 Batouri Tél. +237 226 25 54
Personne ressource: M. Alphonse BIWELE

BELABO

8.

Association des Amis Solidaires de Bélabo (AASBEL)
Contacts
C/O Communauté rurale de Bélabo B.P. 118 Bélabo
Personne ressource: M. Alain SELEMA

BERTOUA

9.

Association Grandir Ensemble
Contacts
B.P. 40 Bertoua Tél. 237 224 13 43
Personne ressource: Mme Justine NANGA

10.

Espoir+
Contacts
C/O GTP Est B.P. 08 Bertoua Tél. +237 99 65 11 66
Personne ressource:

BUEA

11.

Hope is Rising Association (HIRASSO)
Contacts
Buea Tél. +237 77 45 47 12 hirasso@yahoo.fr
Personne ressource: M. James Clovis KAYO

DOUALA

12.

Agence de Coopération Technique pour l'Éducation Sanitaire et Sociale (ACTESS)
Contacts
B.P. 4428 Douala Tél. +237 340 85 98 madeleineactess@hotmail.com
Personne ressource: Mme Madeleine BALEBA

13.

Association des Amis Solidaires Mero (AASM)
Contacts
B.P. 11169 Douala Tél. +237 99 89 93 05 aasm@counsellor.com
Personne ressource: Mme Rose MENGUE

14.

Association des Frères et Sœurs Unis pour l'Espoir et la Solidarité (AFSUPES)
Contacts
B.P. 17744 New Belle – Douala Tél. +237 99 85 99 06 Fax +237 343 33 60 Ubsa-afsu-dla@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Solange EVODO

15.

Association des Personnes Affectées par le Sida (APAS)
Contacts
B.P. 15078 Douala Tél. +237 99 63 13 84 / +237 99 72 37 05 Fax +237 340 44 17 Apasaa2002@hotmail.com
Personne ressource: Mme Maryse BITO

16.

Association Jeunesse et Solidarité
Contacts
B.P. 8313 Douala Tél. +237 77 51 27 51
Personne ressource: M. Pierre NGOLLONG PENDA

17.

Solidarity and AIDS Research Association (SAARA)
Contacts
971 Av. de l'Indépendance B.P. 4091 Douala Tél. +237 99 57 97 17 carokend@netscape.net
Personne ressource: Mme Caroline KENDEM

18.

Cameroon Link Human Association Programme
Contacts
B.P. 1460 Douala Tél. +237 339 13 56 Fax +237 339 13 56 camlink2001@yahoo.com
Personne ressource: M. James ACHANYI – FONTEM

19.

Centre Culturel Français
Contacts
B.P. 01 Douala Tél. +237 342 45 72 Fax +237 342 05 79 ccfdouala@cyberkoki.net
Personne ressource:

20.

Conseil de jeunes mobilisés contre le VIH/Sida
Contacts
Pavillon Aides – Hôpital Laquintinie B.P. 5607 Douala Tél. +237 342 32 46 Fax +237 342 49 17 hautech@camnet.cm
Personne ressource:

21.

Espoir+
Contacts
B.P. 18347 Douala Tél. +237 342 32 46 / +237 77 63 02 74 as_espoir@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Joséphine BATOUM

22.

Hôpital Laquintinie
Contacts
B.P. 4035 Douala
Personne ressource:

23.

Institut de Recherche et des Etudes Sur les Comportements (IRESCO)
Contacts
B.P. 2825 Douala Tél. +237 23 41 33
Personne ressource:

24.

Jeune s@ns Sida
Contacts
C/O M. Hervé Totoum B.P. 8203 Douala herve_totoum@yahoo.fr
Personne ressource: M. Hervé TOTOUM

25.

Le Cordon Universitaire
Contacts
B.P. 5252 Douala Tél. +237 99 88 28 44 cordonu@yahoo.fr
Personne ressource: M. Carlos YIMELI DJEUTIO

26.

Maléo Global Marketing (MGM)
Contacts
Immeuble MPES B.P. 4408 Douala Tél. +237 343 85 27 / +237 77 69 50 18 Fax +237 343 76 84 maleo_global_marketing@yahoo.fr
Personne ressource:

27.

Mères et Enfants Solidaires (MERENSO)
Contacts
B.P. 17079 Douala Tél. +237 99 53 32 52 / +237 99 76 64 72
Personne ressource: Mme Jacqueline EBENE

28.

Programme de Marketing Social au Cameroun (PMSC)
Contacts
B.P. 4989 Douala Tél. +237 343 29 26 Fax +237 343 29 26
Personne ressource:

29.

SunAids
Contacts
B.P. 11746 New Bell – Douala Tél. +237 343 92 99 / +237 99 85 99 05 Fax +237 342 92 99 sunaids@nomade.fr
Personne ressource: Mme Lucie TSAMO

30.

SWAA Littoral
Contacts
Pavillon Aides – Hôpital de Laquintinie B.P. 5607 Douala Tél. +237 342 32 46 Fax +237 342 32 46 swaalittoral@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Margaret SANGA

DOUME

31.

La Vie+
Contacts
Doumé Tél. +237 99 58 05 41 / +237 224 22 34 Lavieplus2000@yahoo.fr
Personne ressource: M. Ambroise EKANGA

DSCHANG

32.

Orphelinat Notre Dame du Perpétuel Secours de Foreke
Contacts
B.P. 176 Dschang Tél. +237 77 74 24 24 zatcham@yahoo.fr www.ondps.org
Personne ressource: Mme Marthe Madeleine ZATCHA

EBOLOWA

33.

Association des Volontaires pour l'Encadrement
Contacts
C/O GTP B.P. 14 Ebolowa Tél. +237 228 30 14 / +237 99 74 89 98
Personne ressource: Mme Anastasie MOKWE

34.

Groupe d'Initiative Commune La Grace
Contacts
Centre de santé de Mekalat B.P. 956 Ebolowa Tél. +237 624 21 57
Personne ressource: M. Alain BERTRAND

GAROUA

35.

Association de Lutte contre le Sida (ALS)
Contacts
Garoua Tél. +237 99 62 17 49
Personne ressource: Mme Bintou KOULANGA

36.

Association de Personnes vivant avec le VIH/Sida (APV+)
Contacts
Garoua Tél. +237 77 55 74 00
Personne ressource: M. Abdoulaye SALI

37.

Groupe Technique Provincial de Lutte contre le Sida du Nord (GTP – N)
Contacts
B.P. 186 Garoua Tél. +237 99 50 59 90
Personne ressource: Mme GORSE

38.

Le Cercle des Amis Solidaires (CERASO)
Contacts
B.P. 0690 Garoua Tél. +237 99 29 38 48 Fax +237 227 21 22 cerasogacam@yahoo.fr
Personne ressource: M. Abdoulaye SALI

GAROUA BOULAI

39.

Association des Familles Sans Soucis (AFSS)
Contacts
B.P. 6 Garoua Boulai
Personne ressource: M. Pascal PASSI

KUMBA

40.

Obenofong Foundation
Contacts
Kumba Tél. +237 77 68 06 24 / +237 335 42 70
Personne ressource: M. Emmanuel OBEN OBEN

KUMBO

41.

Hope Group
Contacts
Kumbo Tél. +237 348 14 90 / +237 348 12 62
Personne ressource: Mme Gladys NDJONBEN

LIBONGO

42.

Anonyme
Contacts
B.P. 943 Douala (Libongo)
Personne ressource: Mme Delphine MOABOUONG

LIMBE

43.

AIDSIDA
Contacts
B.P. 913 Limbé Tél. +237 333 28 60 / +237 99 97 13 76 Fax +237 333 23 76 aidsida@caramail.com
Personne ressource: Mme Kentouma NJIFONJOU

44.

Gicepa
Contacts
B.P. 786 Limbé gicepa2003@yahoo.com
Personne ressource: M. Théodore MOUCHINGAN

45.

Ministry of Environment Community Forest Project
Contacts
Divisional Delegation Fako PO Box 414 Limbe Tél. +237 99 99 79 72 williamsmakaka@yahoo.com
Personne ressource: M. Williams MAKAKA

46.

Unique Sisters / Jolly Friends
Contacts
Infectious Disease Clinic PO Box 823 Limbé S.W. Tél. +237 77 60 54 20 Fax +237 343 20 20
Personne ressource: Mme Elizebet NKETY

MAROUA

47.

Association des Frères et Sœurs Unis (AFSU)
Contacts
B.P. 240 Maroua Tél. +237 99 66 91 16
Personne ressource: Mme Pauline NDONGO

48.

Réseau des Organisations et Associations des Droits Humains (ROADH)
Contacts
B.P. 515 Maroua Tél. +237 229 24 07
Personne ressource: M. Semdi SOULAYE

MBANGA

49.

Association Camerounaise d'Information Sanitaire et de Réinsertion Sociale (ACISARS)
Contacts
B.P. 27 Mbanga Tél. +237 99 64 67 76
Personne ressource: M. René TCHUALIEU

50.

GIC SISC (Santé et Intégration Sociale au Cameroun)
Contacts
Antenne du Moungo B.P. 27 Mbanga Tél. +237 99 64 67 76
Personne ressource: M. René TCHUALIEU

MFOU

51.

Young Girls New Initiative
Contacts
B.P. 25 Mfou Tél. +237 99 44 02 77 Ygni01@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Marie Chantal MBONE BAKER

NGAOUNDERE

52.

Délégation Provinciale de la Santé Publique de l'Adamaoua
Contacts
B.P. 137 Ngaoundéré Tél. +237 225 15 87 Fax +237 225 12 73
Personne ressource: M. Jean-Claude NANDJO

53.

Cercle des Femmes et Hommes Solidaires (CFHS)
Contacts
Ngaoundéré Tél. +237 99 71 21 46
Personne ressource: Mme Nana ABOUBAKAR

NIETE

54.

Association des Amis Unis de Niété (ASSAUNI)
Contacts
Bureau Encadrement Village Evecam – Niété Tél. +237 99 56 63 88 / +237 99 83 28 21
Personne ressource: M. Roger ENGOUMOU

NJINIKOM

55.

Project Hope
Contacts
PO Box 16 Njinikom – Boyo Division Tél. +237 77 29 74 10 Fax +237 336 34 87 Stmporres2000@yahoo.com
Personne ressource:

NKONGSAMBA

56.

Association New Life (ANELI)
Contacts
B.P. 14 Nkongsamba Tél. +237 77 88 85 37 anelisamba@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Syveline DJOFANG

57.

Cercle des Amis Séropositifs (CASP)
Contacts
B.P. 754 Nkongsamba Tél. +237 349 40 24 / +237 77 74 56 05 cercleamiseropositif@yahoo.fr
Personne ressource: M. Tafo NANKO

58.

GROUPELMA – Cameroun
Contacts
Rue de l'Essoua B.P. 705 Nkongsamba Tél. +237 77 93 13 03 Fax +237 349 31 45 groupel@yahoo.fr
Personne ressource:

NYAMI

59.

Anonyme
Contacts
B.P. 50 Batouri – Nyami
Personne ressource: M. Ibrahima LAMINE

SANGMELIMA

60.

Association des Cœurs Unis (ACU)
Contacts
Sangmelima Tél. +237 99 74 32 31
Personne ressource: Mme Clémentine BIDIAS

TIKO

61.

Unique Sisters
Contacts
Tiko Tél. +237 77 91 13 05
Personne ressource: Mme Deborah ELANGWE

YAOUNDE

62.

Action Solidarité Sida Emploi (ASSE)
Contacts
B.P. 4118 Yaoundé Tél. +237 222 68 36 / +237 99 52 67 64 Fax +237 222 05 39 j_yamo@yahoo.fr
Personne ressource: M. Anicet Jaurès YAMO

63.

African Women's Association (AWA)
Contacts
B.P. 911 Yaoundé Tél. +237 20 44 30 Fax +237 23 31 90
Personne ressource: Mme Mathilde MANGO MAUP

64.

Association Camerounaise d'Aide aux Personnes et Familles Atteintes du Sida (ACAPFAS)
Contacts
B.P. 5777 Nlongkak – Yaoundé Tél. +237 220 27 26
Personne ressource: Mme Chantal SAME EKOBO

65.

Association Camerounaise des femmes Juristes (ACAFEJ)
Contacts
B.P. 14057 Yaoundé Tél. +237 21 79 51 Fax +237 21 79 51 acafej@camnet.com
Personne ressource:

66.

Association des Femmes Actives et Solidaires (AFASO)
Contacts
B.P. 30645 Yaoundé Tél. +237 99 86 72 56 / +237 231 15 01 Fax +237 221 91 18 afasocm@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Pauline MOUNTON

67.

Association des Frères et Sœurs Unis (AFSU)
Contacts
Immeuble Fe Tchuenta Porte EA13 B.P. 25057 Yaoundé Tél. +237 99 55 00 94 / +237 223 40 20 Fax +237 222 62 48
Personne ressource: M. Michel NDJIALEU

68.

Association des Jeunes Antisida
Contacts
B.P. 5877 Yaoundé Tél. +237 220 68 59 Fax +237 220 91 18 association_desjeunes_anti_sida@yahoo.fr
Personne ressource: M. Michel MOUAFO

69.

Association pour la Santé, l'Information et la Vie au Cameroun (ASIVIC)
Contacts
B.P. 4136 Yaoundé Tél. +237 99 60 86 29 asivicpositifs@yahoo.fr
Personne ressource: M. Roger DJIHEMINE

70.

Association Pour la Vie (APV)
Contacts
B.P. 5269 Yaoundé Tél. +237 20 84 87 / +237 64 19 43 assopourlavie@yahoo.fr
Personne ressource: M. Simon AGBEMBE

71.

Association pour l'Assistance aux Enfants Démunis et Orphelins du Sida au Cameroun (ASEDOSCA)
Contacts
B.P. 1599 Yaoundé Tél. +237 223 22 95 / +237 99 95 20 38 asedosca@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Gertrude NGELMHE NJOH

72.

Association Sida-Action-Afrique
Contacts
B.P. 2219 Yaoundé
Personne ressource: M. Robinson NGAH ESSOH

73.

Bien-être et Santé des Familles au Cameroun (BESAFCA)
Contacts
B.P. 14816 Yaoundé Tél. +237 231 68 11 Fax +237 231 99 20 besafca@cm.refer.org ; besafca@yahoo.fr
Personne ressource:

74.

Centre Culturel Français
Contacts
B.P. 513 Yaoundé Tél. +237 322 09 44 Fax +237 322 43 43 ccf.yaounde@camnet.cm
Personne ressource:

75.

Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)
Contacts
B.P. 13810 Yaoundé Tél. +237 222 57 58
Personne ressource : M. Elat Nfetam

76.

Cercle des Jeunes Engagés dans la Lutte contre le Sida (CEJES)
Contacts
B.P. 8336 Yaoundé Tél. +237 99 87 19 27 cejes2002@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Marie-Gisèle TIENCHEU

77.

Club des Volontaires luttant contre le VIH/Sida et les MST au Cameroun (CVL-VIH/SIDA/MST/Cam)
Contacts
B.P. 385 Yaoundé Tél. +237 77 91 48 85 / +237 77 66 44 66 Fax +237 222 12 56 club_sida@yahoo.fr
Personne ressource: M. John William OLINGA

78.

Collectif des Etudiants de Yaoundé (CEY)
Contacts
B.P. 6327 Yaoundé universite_cey@yahoo.fr
Personne ressource: M. Placide EBANDA

79.

Comité camerounais de coordination des ONG féminines (CADEF)
Contacts
B.P. 1984 Yaoundé Tél. +237 20 66 75 / +237 20 45 02
Personne ressource:

81.

Comité International de la Croix Rouge (CICR)
Contacts
2005 Rue Henri Dunant B.P. 631 Yaoundé Tél. +237 222 41 77 Fax +237 222 41 77 yaounde.yao@icrc.org www.croix-rougecamerounaise.org
Personne ressource:

81.

Dispensaire Antivénérien Elig-Essono
Contacts
B.P. 155 Yaoundé Tél. +237 222 67 19
Personne ressource: Mme Gislaine AFFANA NGASKA (?)

82.

Emmaus Cameroun Afrique Solidarité (ECAS)
Contacts
CPSS / GAEM B.P. 7599 Yaoundé emmauscameroun@yahoo.fr
Personne ressource: M. Martin HOTH – GUECHOT

83.

Femmes-Santé-Développement en Afrique Subsaharienne (FESADE)
Contacts
B.P. 724 Yaoundé Tél. +237 23 42 32 Fax +237 23 42 32 fesade@dncmr.undp.org
Personne ressource: Mme Damaris MOUNLOM

84.

Fondation Chantal Biya
Contacts
B.P. 1936 Yaoundé Tél. +237 21 43 37
Personne ressource:

85.

GTZ Cameroun – Coopération allemande au développement
Contacts
B.P. 7815 Yaoundé Tél. +237 221 91 18 / +237 221 18 16 Fax +237 221 91 18 srjacameroun@yahoo.fr
Personne ressource: M. Flavien NDONKO

86.

Hôpital de Jour
Contacts
Hôpital Central Yaoundé Tél. +237 223 01 28 / +237 221 38 88 Fax +237 230 67 78
Personne ressource:

87.

Institut de Psychologie de Développement Humain et Ecologique (IPSYDHE)
Contacts
B.P. 3334 Yaoundé Tél. +237 221 75 23 drpendamel_psy@yahoo.fr
Personne ressource: M. Joseph PENDA MELONE

88.

Institut de Recherche et des Etudes sur les Comportements (IRESCO)
Contacts
B.P. 13888 Yaoundé Tél. +237 21 41 33 Fax +237 21 41 33 irescoyaounde@camnet.cm
Personne ressource:

89.

Jeunesse Active de Polytechnique (JAP)
Contacts
B.P. 6327 Yaoundé jap_melen@yahoo.fr
Personne ressource: M. Placide EBANDA

90.

Kids & AIDS Cameroun
Contacts
B.P. 6110 Yaoundé Tél. +237 77 88 57 44 / +237 77 76 65 37 kidaids.cameroun@laposte.net
Personne ressource: Mme Marie Joseph NDZIE – ATANGANA

91.

Médecins Sans Frontiers Suisse
Contacts
B.P. 30139 Yaoundé
Personne ressource: Mme Arièle BRAYE

92.

Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation (MINATD)
Contacts
Yaoundé Tél. +237 222 45 59 / +237 223 10 56 Fax +237 222 63 36
Personne ressource:

93.

No Limit for Women Project
Contacts
B.P. 1904 Yaoundé Tél. +237 99 94 46 59 Fax +237 343 87 24 nolfowop@justice.com
Personne ressource: Mme Odette NGO ETAME

94.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Contacts
Bureau pour le Cameroun B.P. 155 Yaoundé Tél. +237 221 02 58 / +237 221 10 03 Fax +237 221 02 59 oms@un.cm
Personne ressource:

95.

Organisation, Santé, Education de la Famille (OSEF)
Contacts
B.P. 2436 Messa – Yaoundé Tél. +237 221 11 78 / +237 20 59 32 Fax +237 221 11 78
Personne ressource: Mme Annie TAMOKOUE

96.

Orphelinat Notre Dame du Perpétuel Secours
Contacts
B.P. 992 Yaoundé Tél. +237 77 74 24 24 zatcham@yahoo.fr www.ondps.org
Personne ressource: Mme Marthe Madeleine ZATCHA

97.

Planète Jeunes
Contacts
B.P. 20220 Yaoundé Tél. +237 77 73 75 50 cameroun@planete-jeune.org
Personne ressource:

98.

Presse Jeune – Magazine Rebondir
Contacts
17 Place de l'École de Police B.P. 12147 Yaoundé Tél. +237 221 02 62 Fax +237 220 97 88 pressejeune@hotmail.com
Personne ressource: Mme Sinata KOULLA SHIRO (?)

99.

PSI – PMSC
Contacts
B.P. 14025 Yaoundé Tél. +237 221 94 19 Fax +237 220 92 24
Personne ressource:

100.

Réseau sur l'Éthique, le Droit et le Sida (REDS)
Contacts
B.P. 5877 Yaoundé Tél. +237 220 68 59 / +237 99 95 96 13 Fax +237 220 53 65 redscm@yahoo.fr
Personne ressource: M. Jean-Marie TALOM

101.

Restore Hope Association
Contacts
PO Box 6627 Yaoundé Tél. +237 99 99 13 36 restorehope@iccnet.cm
Personne ressource: M. Théophile ELOMBO

102.

Santé et Développement Cameroun (SADEC)
Contacts
B.P. 13162 Yaoundé Tél. +237 230 67 78 Fax +237 230 67 78
Personne ressource:

103.

Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS)
Contacts
B.P. 13410 Yaoundé Tél. +237 21 59 21 Fax +237 21 59 22 sfps@camnet.cm
Personne ressource: M. Peter FONKWO

104.

Solidarité Cameroun
Contacts
B.P. 3062 Messa – Yaoundé Tél. +237 220 94 55 Fax +237 222 18 73 yapjahamed@yahoo.fr
Personne ressource: M. Hamed YAPJA

105.

SWAA – Cameroun
Contacts
B.P. 14050 Yaoundé Tél. +237 231 52 35 Fax +237 231 10 39 swaacameroun@yahoo.fr
Personne ressource: Mme Dora MBAYA

106.

Synergies Campus
Contacts
B.P. 640 Yaoundé Tél. +237 77 66 75 11 / +237 77 03 32 85 Fax +237 231 95 84 synergiescampus@yahoo.fr
Personne ressource: M. Hilarion Fortuné MANGA

**L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
ACTEURS, CONTROVERSES ET DYNAMIQUES**

Analyse comparée à partir des exemples sud-africain, burkinabé et camerounais

Depuis un peu plus de vingt cinq ans, les sciences humaines et sociales essaient de comprendre et d'interpréter les dynamiques de l'épidémie de VIH/Sida. La science politique africaniste est cependant en marge de ce mouvement cognitif malgré le développement de nombreux paradigmes sur les politiques publiques. Cette méfiance de l'africanisme à l'égard du VIH/Sida manifeste vraisemblablement une sorte de souffrance épistémologique fortement liée à ce trop plein d'institutionnalisme des politiques publiques, adoubi par le fort étatisme qui caractérise encore les études africaines en science politique. A tel point qu'elles ne s'intéressent pas aux autres acteurs sociaux désormais présents dans la fabrication des objets politiques, au-delà de la rigidité de l'Etat classique par ailleurs introuvable dans les mécanismes de gouvernance du VIH/Sida en Afrique. Pourtant, à bien y réfléchir, l'épidémie de VIH/Sida produit des effets incontestablement politiques : elle génère et entretient des enjeux de pouvoir ; elle interroge les mécanismes de gouvernance des problématiques sociales ; elle révèle la désétatisation de l'espace public par des formes d'entrées non électives mais participatives, etc. A cet effet, elle renouvelle les paradigmes de l'Etat en Afrique en les transposant sur les acteurs qui émergent à côté de l'Etat dans la production de l'action antisida. Cette thèse analyse les dynamiques de l'épidémie de VIH/Sida à partir des théories et des concepts produits par la science politique, en ciblant dans une sorte de comparaison, le rôle et la place des acteurs politiques et associatifs, des controverses et des dynamiques de l'épidémie, dans la construction politique du VIH/Sida en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Cameroun.

Mots clés : Action publique, ARV, Agenda gouvernemental, Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Changements sociaux et politiques, Mobilisations collectives, ONG, Politiques d'accès aux traitements, Politisation, Société civile, VIH/Sida.

**PUBLIC ACTION IN THE FIGHT AGAINST HIV/AIDS
ACTORS, CONTROVERSIES AND DYNAMICS**

A comparative analysis of South African, Burkinabe and Cameroon cases

For more than twenty-five years, human and social sciences have been trying to understand and to interpret the dynamics of the HIV/AIDS epidemic. However, African studies in political science are at the margins of this cognitive movement despite the development of paradigms on public policies. This mistrust of Africanist towards HIV/AIDS research expresses an epistemological limitation related to the dominance of institutional and statist approaches that still characterize African studies in political science. An outcome of this mistrust is a disinterest in non-state social actors that are active in the making of political objects, especially considering the absence of the state in the governance of HIV/AIDS in Africa. However, the HIV/AIDS epidemic incontestably produces political effects: it generates and maintains power struggles; it questions the mechanism of the governance of social problems; it reveals the withdrawal of the state from public space in favour of non-elected but participative forms of entry into public space. As a result the HIV/AIDS epidemic necessitates the renewal of research paradigms on the state in Africa and their transposition onto the civil actors that emerge alongside the state in the fight against HIV/AIDS. This thesis analyses the dynamics of the HIV/AIDS epidemic using political science theories and concepts and a comparative approach to the role and the place of political and associative actors, the controversies and the epidemic dynamics, in the political construction of HIV/AIDS in South Africa, Burkina Faso and Cameroon.

Key words: Public action, Government agendas, Access to treatment policies, ARV, HIV/AIDS, Civil society, collective mobilisations, Politicisation, Social and political change, NGOs, Burkina Faso, Cameroon, South Africa.