

Cameroun, Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique¹

Par **Fred Eboko**, Sociologue-politiste, Institut de recherche pour le développement, UMR 912 IRd-INSERM-Université de la Méditerranée Marseille 2 • fred.eboko@ird.fr

Mathias Eric Owona Nguini, Politiste, Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique, Université Yaoundé 2 • owonanguini@yahoo.fr

et **Maurice Enguéleguélé**, Centre universitaire de recherches sur l'action publique de Picardie, Université Jules Verne, Amiens, France • m_enguelequele@yahoo.fr

Cet article propose des éléments d'analyse des recompositions contemporaines de l'action publique dans le champ de la santé, à partir de l'exemple des politiques contre le sida en Afrique. Notre travail considère trois cas différents, trois dynamiques épidémiologiques, sociologiques et politiques singulières représentées par trois sites géographiques susceptibles de nourrir une approche comparée: le Cameroun en Afrique centrale, le Burkina Faso en Afrique de l'Ouest et le Botswana en Afrique australe. Depuis les années 1980, ces trois pays ont fortement reconfiguré leurs réponses respectives à la pandémie du sida.

Notre argumentaire s'articule autour de deux axes: la recomposition locale des programmes verticaux de santé conçus au niveau international et les dynamiques des acteurs de la santé – professionnels et usagers – et leurs effets dans un contexte où l'État fragile (Burkina Faso, Cameroun) ou plus institutionnalisé (Botswana) devient un coacteur des

politiques publiques. Ces dernières sont, de fait, érigées en action publique en raison de l'implication forte de la coopération internationale qui réduit les États africains à jouer un rôle d'acteurs parmi d'autres des programmes mis en œuvre. Dans ces systèmes de santé en mutation dont ces trois pays nous fournissent des exemples, la santé publique et les actions qui conditionnent son déploiement permettent d'appréhender d'une part, la configuration des acteurs qui déterminent les rapports de force, les normes et les référentiels entre les institutions internationales, les États africains et la société dite civile et, d'autre part, l'efficacité et les limites de la verticalité de certains programmes, le lien entre les situations politico-économiques de ces pays et leur capacité à absorber des dynamiques exogènes.

Dans cette perspective, l'arrière-plan des travaux sur l'action publique, notamment à partir des avancées récentes de l'école française des politiques publiques, offre un faisceau de notions, de théories et de paradigmes sur lequel s'appuie notre raisonnement.

¹ Cet article est issu d'un projet de recherche en cours (CORUS 2) intitulé Les recompositions de l'action publique en santé (Cameroun, Burkina Faso, Botswana) et financé par le ministère français des Affaires étrangères et européennes. Plusieurs partenaires dans les trois pays et plusieurs autres en France participent au projet: la Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale (FPAE, Yaoundé, Cameroun), le Groupe de recherche sur les initiatives locales (GRIL, Université de Ouagadougou, Burkina Faso), le Center for the Study of HIV/AIDS (CSHA) de l'Université du Botswana. En France ce projet est porté par l'UMR 912, IRD/Inserm (Marseille), le Centre universitaire de recherche sur l'action publique en Picardie (CURAPP, Amiens), le Centre d'études d'Afrique noire (CEAN, IEP, Bordeaux). Ce projet participe au groupe de travail « Positives Synergies » de l'Organisation mondiale de la santé.

■ INTRODUCTION À UNE ACTION PUBLIQUE DIFFÉRENTIELLE

Du Botswana, l'un des pays les plus touchés en proportion dans le monde (24,1% de la population âgée de 15 à 49 ans est atteinte du VIH) au Burkina Faso et au Cameroun qui connaissent des prévalences de faible à moyenne (autour de 2% et de 5,5%, respectivement), nous proposons des analyses stratifiées et des interventions successives dans chacun d'eux. Le premier aspect est celui de la coopération internationale. Au Botswana, elle est très largement d'origine anglo-saxonne avec comme point d'orgue le plan Bush (*President Emergency Plan for AIDS and Relief – PEPFAR*). Elle est plus composite au Cameroun, avec une division internationale du travail entre les actions multilatérales (le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme – le Fonds mondial –, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA – ONUSIDA –, la Banque mondiale, etc.) et les actions bilatérales (la coopération allemande – GTZ –, la coopération française, la coopération belge – CTB –, la coopération canadienne – ACDI)². Au Burkina Faso, s'ajoute aux schémas précédents une très forte dimension non gouvernementale qui fait de lui le pays d'Afrique comptant le plus d'organisations non gouvernementales (ONG) au kilomètre carré.

Notre travail empirique porte principalement sur les effets des « configurations » d'acteurs au sens éliasien (Elias, 2003) du terme, c'est-à-dire un système dans lequel l'action des uns influence celle des autres. La complexité des liens qui unissent cette constellation, du global (les organisations internationales) au local (l'État et les associations) en passant par les dynamiques transversales des ONG internationales et des laboratoires pharmaceutiques, offre un terreau exceptionnel pour la sociologie politique de l'action publique.

Les représentations de la maladie et les modalités de l'offre de soins (gratuits au Botswana et au Cameroun et à faible coût au Burkina Faso) permettent de poser un certain nombre de questions qui constituent nos principales pistes de recherche et notre hypothèse principale. Celle-ci postule pour des actions publiques

dont l'émergence et la mise en œuvre dépendent de l'incorporation politique et sociale (pour les institutions étatiques et les associations) des référentiels globaux qui portent sur la réponse institutionnelle opposée au sida.

De ce point de vue, au-delà des situations économiques et sanitaires de chaque pays, le socle conceptuel qui nous autorise à distinguer les formes de leurs réponses et les liens qui les unissent relève des approches cognitives des politiques publiques. « L'analyse cognitive des politiques publiques cherche donc à répondre à une double ambition : intégrer la dimension du global, qui paraît incontournable pour comprendre les logiques à l'œuvre dans les changements de politiques publiques, tout en mettant en avant le rôle des acteurs dans la construction des cadres d'interprétation du monde et la mise en œuvre de la dialectique du global et du "sectoriel" » (Muller, 2000, p. 199).

Depuis 1986, l'externalité de la conception des programmes de lutte contre le sida sur la scène internationale, puis le caractère polyarchique actuel des institutions multilatérales (l'ONUSIDA, le Fonds mondial, l'Organisation mondiale de la santé – OMS –, etc.) ou bilatérales à caractère « global » (comme le PEPFAR américain) permettent de présenter la question du sida en Afrique comme un exemple type de l'articulation du « global » et du « sectoriel ». Cette articulation se comprend selon deux modes différents que séparent la diachronie et l'évolution globale de la réponse au sida, avant et après l'apparition des multithérapies.

Les temporalités et les modalités par lesquelles les États africains ont inégalement adhéré aux recommandations internationales (Eboko, 2005a) montrent en effet les deux grands référentiels qui leur ont été proposés par une « gouvernance mondiale de la santé » (Dixneuf, 2003). Dans une première période, le référentiel quasi unique fut la prévention et, de fait, les approches touchant à la sexualité. Cette période s'étend de 1986 à la fin des années 1990. Dans les années 2000, on a constaté une évolution vers la massification de l'accès aux antirétroviraux qui est au cœur de l'investigation scientifique dont s'inspire

² GTZ : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit ; CTB : coopération technique belge ; ACDI : Agence canadienne de développement international.

cet article. Cet accès aux médicaments, porté par une coalition d'acteurs au niveau international³, met en lumière deux aspects de l'apprentissage dans les politiques publiques (*policy learning*). En nous inspirant de Paul A. Sabatier et d'Edella Schlager (2000), il est possible de situer sur une échelle les deux niveaux auxquels ces apprentissages se réfèrent. « Le premier concerne la réalisation des objectifs d'une politique tandis que le second concerne l'acquisition des ressources dans le but de maintenir, ou d'améliorer, la situation de l'organisation » (Sabatier et Schlager, 2000, p. 211).

Dans la situation empirique qui nous intéresse, le premier apprentissage se situe du côté des États aux prises avec l'épreuve politique et épidémiologique du sida, tandis que le second relève majoritairement de l'action des organisations internationales et des propositions auxquelles ces mêmes États ont répondu. De fait, à la place du processus endogène d'émergence d'une « demande » qui va présider à la mise en œuvre d'une politique publique, le cas du sida en Afrique propose une « réponse » à l'offre internationale. De ce point de vue, notre approche comparée pourrait correspondre à l'analyse « d'un modèle dissonant de politique publique » (Eboko, 2002) qui inspire une action publique dont le différentiel par pays constitue l'objet de notre réflexion.

Les normes internationales et les configurations nationales : des modèles distincts

La pandémie du sida représente l'une des épreuves les plus ardues que l'Afrique ait eu à affronter dans un temps aussi court, soit à peine vingt ans. Elle constitue aussi un prisme exemplaire de la régulation politique internationale des problèmes socioéconomiques et sanitaires des questions africaines. Après l'échec avéré du « tout prévention » qui fut un des piliers du référentiel du *Global Programme on AIDS* de l'OMS entre 1986 et 1996, l'accès aux médicaments contre le sida ouvre une ère nouvelle. Même si elle n'est pas une panacée, cette biopolitique est une avancée réelle avec à ce jour 2,15 millions de patients sous

antirétroviraux en Afrique subsaharienne. Elle a connu une accélération depuis le début des années 2000 avec les médicaments génériques et la refonte des stratégies des firmes pharmaceutiques contraintes à plus de souplesse à cause de la concurrence (Coriat, 2008) et des mobilisations collectives de la société civile internationale (Eboko, 2005d). Si aujourd'hui l'OMS estime que 54 % des patients admissibles aux traitements y ont effectivement accès en Afrique au sud du Sahara, il n'est pas inutile de rappeler qu'ils ne représentaient que moins de 1 % jusqu'en 2003.

Néanmoins, une série de questions demeure autour de l'accessibilité du plus grand nombre à la prévention et aux soins. Nous ne les épuiserons pas. Notre projet ambitieux de construire une sociologie politique de la problématique du sida en Afrique à partir de trois cas qui illustrent la diversité des trajectoires et des configurations africaines dans la lutte contre le sida. Sous couvert de l'unité du péril épidémiologique et démographique (aucun pays africain n'est épargné par cette maladie), il s'agit de mettre en relief les différences et les points communs qui structurent l'internationalisation des réponses nationales et l'internalisation des offres programmatiques internationales.

Il s'agit donc de partir de l'unicité relative de cette tragédie africaine (tableau 1) pour analyser la diversification des situations, tant d'un point épidémiologique (tableau 2) que démographique, politique et économique. À la fin de l'année 2007, la réponse au sida montre des évolutions notables; même si de manière globale l'épidémie continue de croître, des diminutions sont observées dans certains pays. L'ONUSIDA et l'OMS estiment que 33 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde, dont près des deux tiers (22 millions) en Afrique au sud du Sahara. Sur les 4,3 millions de nouvelles infections en 2006, 2,8 millions étaient enregistrées en Afrique subsaharienne (65 %). Pour autant, l'accélération de l'accès aux antirétroviraux (ARV pour les trithérapies) est réelle et la prévention porte ses fruits dans quelques pays et dans des catégories sociales précises. Ainsi

³ Cette coalition d'acteurs fut d'abord constituée par les ONG internationales dès la fin des années 1990, puis par le « 3 by 5 » de l'OMS (3 millions de personnes sous antirétroviraux à l'horizon 2005 dans les pays du Sud). Elle fut suivie par la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2001 et celle du PEPFAR en 2003. Les laboratoires fabriquant des copies de médicaments ont largement favorisé ce « passage à l'échelle » (*scaling up*) en Afrique.

l'Ouganda confirme la diminution générale du nombre d'infections et le Botswana, le Burundi, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Malawi, la Tanzanie, le Rwanda et le Zimbabwe attestent un déclin de la prévalence chez les jeunes.

Ce sont donc les pays à forte prévalence qui semblent enregistrer les résultats les plus probants en matière de prévention. On peut en outre nuancer la position de l'ONUSIDA qui y voit l'unique effet de la prévention, en y ajoutant la figure complexe d'une série de facteurs,

dont la confrontation directe ou indirecte à la maladie, qui contribuent à modifier les comportements au moins autant que les messages de prévention. Il serait sinon difficile d'expliquer pourquoi ce sont systématiquement les pays à forte prévalence (au-dessus de 10%) qui connaissent ces succès relatifs⁴. C'est dans cette logique de déconstruction des causes de l'expansion de la maladie et dans la problématique de la complexité et de la diversité des réponses politiques nationales à l'encontre des standards internationaux que cette réflexion se situe.

TABLEAU 1 : LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DANS LE MONDE

Afrique subsaharienne	24,7 millions
Afrique du Nord et Moyen-Orient	460 000
Asie du Sud et du Sud-Est	7,8 millions
Asie de l'Est	750 000
Océanie	81 000
Amérique latine	1,7 million
Caraïbes	250 000
Europe orientale et Asie centrale	1,7 million
Europe occidentale et centrale	740 000
Amérique du Nord	1,4 million
TOTAL	39,5 MILLIONS

Source : ONUSIDA/OMS, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, 2008.

■ DES MIGRATIONS DISCIPLINAIRES VERS DES RECHERCHES SUR L'ACTION PUBLIQUE FACE AU SIDA EN AFRIQUE

Au milieu des années 1990, une équipe de l'Institut de recherche pour le développement, conduite par Marc-Éric Gruénais (1999), a entrepris d'étudier les dynamiques de la lutte contre le sida à partir de l'exemple de plusieurs pays africains : le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Kenya. Cette première étude sur les dynamiques sociales qui accompagnaient la mise en place des programmes verticaux, en l'occurrence les programmes nationaux de lutte contre le sida, peut être présentée en science

politique comme le premier jalon anthropologique dans le champ de la recherche sur le sida en Afrique.

En montrant en effet des cas particuliers et divers bien qu'issus d'un modèle standardisé, cette recherche intitulée *Organiser la lutte contre le sida : une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique* (Gruénais, 1999), mettait en évidence les singularités nationales. Cette démarche fit école, notamment dans la recherche française (Kerouedan et Eboko, 1999). La problématique a ensuite été reprise et approfondie en santé publique et surtout en science politique (Kerouedan et Eboko, 1999), de telle sorte que furent corrélés les facteurs clefs qui pouvaient expliquer ces

⁴ Pour une critique des raisonnements univoques ou manichéens, voir Vidal (2004); pour une étude comparative (Burundi, Cameroun, Sénégal), voir Loenzien (de) (2002).

réponses et situations distinctes, voire dissemblables, c'est-à-dire les variables épidémiologiques, démographiques, politiques et économiques et les dynamiques socioculturelles. Sur cette base, une recherche comparative a succédé à l'étude initiale en dessinant une ébauche de modèles de réponses sociales des politiques menées en fonction des capacités différentes de gestion des ressources internationales (Eboko, 2005a).

Les migrations disciplinaires ont donc d'abord été conditionnées par l'arrimage avec la biomédecine qui avait le monopole dans ce domaine. À la fin des années 1980, les sciences sociales concernant l'Afrique ont fait entendre leur voix (Dozon et Vidal, 1995). L'anthropologie de la santé, notamment française et canadienne, a réalisé un tour de force en réfutant les arguments culturalistes qui sous-tendaient les sollicitations de recherche dont elle faisait l'objet de la part des organisations internationales (Bibeau, 1991 ; Vidal, 1995). Après avoir souligné « la subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes » (Bibeau, 1991), ces travaux ont franchi le pas épistémologique, de la culture vers le politique. Ces anthropologues ont été les premiers à soulever des questions politiques sur la situation chaotique des États africains inféodés à une impuissance institutionnelle et matérielle profonde et à un déclassement international inédit (Dozon et Fassin, 1989). D'où l'acuité de la question de Claude Raynaud qui a interpellé explicitement les relations internationales et implicitement la science politique sur la question de l'évaluation de l'action publique contre le sida en Afrique (Raynaud, 2001).

Aux États-Unis, l'irruption du politique dans la recherche anthropologique sur le sida a donc largement puisé dans la recherche française et européenne grâce aux passerelles existantes entre les chercheurs des deux continents. Elle a été formalisée au début des années 2000 (Schoepf, 2001). La science politique américaine s'est d'abord inscrite dans ce champ par des relations internationales (Boone et Batsell, 2001), pour épouser enfin la question des États africains face au sida dans une perspective qui tenait compte de l'action internationale dans les contextes nationaux. Cet examen a impliqué des études de cas et des approches comparées (Patterson, 2005).

Une approche interdisciplinaire à partir du noyau dur de la science politique

L'intérêt de la science politique didactique pour le drame du sida en Afrique s'est confirmé en France par une publication au titre explicite *Politique et sida en Afrique* éditée en 1999 sous l'égide du Centre d'études d'Afrique noire de Bordeaux, dont certains travaux sont référencés dans les recherches américaines citées précédemment. En France aujourd'hui, la science politique a fait sa marque dans ce champ et ouvert des pistes fécondes à l'interdisciplinarité en sciences sociales au service de la lutte contre le sida.

À la suite des questions pertinentes des anthropologues, l'analyse de l'action publique sur le sida permet de mettre en exergue les logiques et les contradictions qui définissent la mise en œuvre de programmes édictés par les organisations internationales. De même, elle souligne les perspectives et les limites de ces politiques au palier national, en montrant assez bien ce qui relève du pouvoir des États et ce qui concerne les rapports de force inégaux entre les différentes parties (organisations internationales, États, associations, ONG et autres réseaux transnationaux). *In fine*, l'action publique vise d'une part à tracer les configurations qui transcendent les frontières du local et mettent en évidence les nouveaux champs du possible en matière d'offre de soins, de suivi des patients, de participation ou d'exclusion à cette dynamique et, d'autre part, à noter les inégalités de traitement politique des différentes pathologies et d'autres problèmes que les pays africains connaissent et à travers lesquels se fait jour une marge de manœuvre souvent étroite. Comment et sur quelle base renforcer l'implication de la science politique et des travaux comparés sur le sida en Afrique ?

Les interrogations issues des travaux d'anthropologues précédemment cités ont montré que la lutte institutionnelle contre le sida en Afrique était une politique publique (*policy*) qui, jusqu'en 2000, avait suscité très peu de débats contradictoires dans l'espace public ni d'engagement particulier dans l'arène des pouvoirs politiques (*politics*). Si la conjonction des mobilisations internationales et les modifications d'attitude politique dans certains États africains semblent indiquer un changement, il n'en reste pas moins qu'il s'agit là d'un exemple qui pourrait constituer

une inversion paradigmatique digne d'intérêt pour la science politique. En effet, depuis le milieu des années 1980, l'école française des politiques publiques a montré comment les *policies* se situaient dans le champ d'interpellation des *politics* (Darbon, 2004).

Une série d'analyses et de paradigmes essentiels proviennent de cette confrontation, comme il est démontré par Jobert et Muller dans l'ouvrage désormais classique *L'État en action* (Jobert et Muller, 1987) et dans les travaux, certes épars mais décisifs, qui ont suivi⁵. Conjointement à l'acuité de ces études dont la pertinence justifie qu'elles continuent d'alimenter les débats sur l'analyse des politiques publiques, notre expérience collective de recherche en sciences sociales (science politique, socio-anthropologie, économie, droit et histoire) et surtout certains travaux sur le politique face au sida en Afrique semblent dévoiler une configuration inédite. Dans ce corpus, le sida a été « construit » en Afrique en tant que politique publique par des professionnels de la santé agissant en marge du système politique, quand bien même ils étaient aussi des agents de l'État. Parce que l'État n'épuise pas le système politique et parce qu'il s'implique plus de manière administrative que politique, la situation de la majorité des pays africains semble indiquer que la lutte contre le sida se rapporte davantage à une « politique de la dépolitisation » (Eboko, 2005d). En effet, cette action publique a été abordée dans la majorité des États comme un problème de santé publique qui impliquait les organisations internationales

et des responsables sanitaires locaux, en dehors des arènes proprement politiques (partis politiques, débats parlementaires, etc.).

Cette hypothèse mérite d'être soumise à l'épreuve empirique de cas concrets et d'être confrontée aux travaux théoriques relatifs aux politiques publiques.

■ TROIS PAYS, TROIS « HISTOIRES DU SIDA », POUR UNE APPROCHE COMPARÉE

Les trois pays choisis rendent possible la mise en évidence des « histoires sociales et politiques » différentes du sida en Afrique, correspondantes elles-mêmes à des chocs épidémiologiques inégaux. Ces histoires sociales et politiques des reconfigurations de l'action publique au Cameroun, au Burkina Faso et au Botswana offrent à l'observation des tractations, des transactions et des négociations entre acteurs internationaux et nationaux, dont le décryptage permet d'échanger et de comparer les expériences. À ce titre, nous évoquerons la question de l'engagement politique (*leadership*) et celle des modèles (*patterns*) de mobilisations politiques que nos travaux ont soulignées à partir de la notion dynamique de « culture politique » (Eboko, 2002 et 2005a). Du Botswana au Burkina Faso, en passant par la figure médiane du Cameroun, ce sont trois trajectoires historiques et trois situations sociosanitaires et économiques dont la comparaison révèle un fort potentiel paradigmatique et pratique.

TABLEAU 2 : QUELQUES INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES, ÉCONOMIQUES ET SANITAIRES

	POPULATION TOTALE	PIB/HAB. (2004) \$ US	ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (2002) H/F	MORTALITÉ DE L'ENFANT (/1000) H/F	MORTALITÉ DE L'ADULTE (/1000) H/F	TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR HAB. (2003) \$ US	TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ EN % DU PIB (2003)	SÉROPRÉVALENCE VIH/SIDA (15-49 ANS)
CAMEROUN	16 322 000	1 606	50,0/51,0	156/143	444/432	64	4,2	5,5 %
BURKINA FASO	13 228 000	1 263	47,0/48,0	193/191	472/410	68	5,6	2,0 %
BOTSWANA	1 765 000	7 344	40,0/40,0	123/109	786/770	375	5,6	24,1 %

Sources : ONUSIDA/OMS, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, 2008 ; pour les indicateurs de santé : www.who.int

⁵ Voir notamment deux synthèses sur l'approche cognitive des politiques publiques (Muller, 2000 ; Sabatier et Schlager, 2000) et un bilan critique sur l'historicité de l'action publique (Laborier, 2003).

Décrivons la trajectoire de ces trois pays africains à partir d'événements qui pourraient servir de symboles, de substrats ou d'illustrations séquentielles de l'action publique contemporaine contre le sida dans chacun de ces pays. Cette présentation événementielle met en relief les modalités de la construction sociohistorique du référentiel de l'accès universel aux médicaments contre le sida.

Gaborone, capitale du Botswana

À la mi-novembre 2005, les téléspectateurs de la *Botswana Television* allaient vivre un moment étonnant qui dévoilait de manière spectaculaire la place de ce pays dans la lutte contre le sida et le rapport du politique aux citoyens. Le président Festus Mogae est assis devant la caméra, entouré de blouses blanches. Il se soumet en direct à un test de dépistage du VIH/sida. Sa prise de sang sous l'œil des médias indique clairement la volonté du sommet de l'État de provoquer un choc salutaire pour une campagne massive de dépistage, ce même État se révélant jusqu'à présent impuissant à faire accepter l'offre inédite qu'il propose au public : la prise en charge médicale (trithérapie) complète et gratuite des patients victimes du VIH/sida. À l'heure où le président Mogae « passe à l'acte », son pays connaît une situation paradoxale. Il est en même temps l'un des pays les plus stables d'Afrique avec une démocratie bipartite saluée et reconnue pour la régularité des échéances électorales et de l'alternance politiques (Médard, 1999), l'un des plus riches également, justifiant ainsi l'étiquette de *success story* économique, mais aussi le pays africain (donc du monde) le plus atteint en proportion de sa population par la pandémie du sida avec un chiffre qui défie toutes les prévisions (38 % des individus âgés de 15 à 49 ans⁶).

De ce paradoxe, on peut extraire une série d'éléments qui permettent de nuancer, voire de briser, la proclamation de liens de cause à effet entre le système de santé et la pandémie du sida, l'engagement politique et la mobilisation collective, etc. Effectivement, le Botswana revendique, en plus de la gratuité du système éducatif, un système de santé réputé être

l'un des plus performants en Afrique avec celui de son voisin sud-africain.

Une semaine après la sortie médiatique du président, l'ambassade de France à Gaborone organisait un séminaire international de formation des journalistes locaux et de la sous-région d'Afrique australe sur la couverture des événements liés au sida. Aucune association de personnes vivant avec le VIH n'est intervenue dans ce séminaire. Elles ont argué qu'elles n'avaient pas l'autorisation ministérielle pour s'exprimer en public. Interrogée à ce sujet, la ministre de la Santé a donné comme explication que bien qu'elles soient intégralement financées par les pouvoirs publics, les associations se sont censurées elles-mêmes, car il n'y aurait eu aucun problème à ce qu'elles interviennent. Quelles pistes politiques, quelles significations sociologiques, quel arrière-plan historique expliquent ce type de dissonance qui montre un État qui milite et des mobilisations associatives quasi aphones ?

Ouagadougou, capitale du Burkina Faso

En cette matinée de fin d'année 2004, les artères principales de Ouagadougou sont désertées par les voitures et les motos qui s'y entassent normalement. Des militants défilent avec des pancartes qui interpellent le gouvernement indien et les gouvernements des pays riches pour la poursuite de l'accès des patients africains aux copies des antirétroviraux. Depuis quelques années, la majorité des patients burkinabés ont accès à des médicaments génériques grâce à des importations dispensées de taxes douanières en provenance de laboratoires indiens. Ces médicaments, dits de première ligne, font entrer le Burkina Faso, comme la majorité des pays africains bénéficiaires de ces accords, dans l'ère de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, avec des résultats positifs directs et visibles sur le prolongement de la vie et le retour à des conditions de vie « normales ».

Cette même année 2004, sous la pression de l'Organisation mondiale du commerce et du gouvernement américain, le gouvernement indien a signé des accords qui interdisent à ses laboratoires de copier les médicaments dits de seconde ligne (ceux

⁶ Ce chiffre a été revu à la baisse récemment et le ministère botswanais de la Santé publique présente à ce jour le chiffre de 17 % pour la population générale et de 24,1 % pour la population âgée de 15 à 49 ans.

utilisés en cas d'échec ou de résistances prévisibles à terme aux premiers) à compter du 1^{er} janvier 2005 (Coriat, 2008). Les associations de patients burkinabés s'insurgent contre ce renforcement des accords ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) qui pénaliseraient la survie des patients du Burkina Faso, dont les principaux fournisseurs sont indiens. À Ouagadougou, cette manifestation s'inscrit dans une double perspective : elle signifie d'abord la rupture du « silence » qui a accompagné l'expansion de la pandémie du sida au Burkina Faso, justifiant le titre de la thèse d'Alice Desclaux, l'une des meilleures spécialistes de cette question, *L'épidémie invisible* (Desclaux, 1999) ; on doit ensuite comprendre cette rupture comme un ancrage du sida dans les mobilisations collectives (vie associative, participation syndicale, etc.) qui sont un éthos fort de la vie sociale et politique depuis l'indépendance du pays (Otayek, 1997).

Cette dynamique collective ne peut être comprise sans prendre en compte la visibilité et le soutien du président Blaise Compaoré, puis de son épouse, dans les campagnes de lutte contre le sida, notamment en ce qui a trait à la lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida dans ce pays qui est l'un des plus pauvres d'Afrique et du monde (voir tableau 2). Pour autant, selon l'ONUSIDA, la prévention semble y porter ses fruits :

Les données d'enquête au niveau du pays indiquent que les citoyens du Burkina Faso ont plus tendance à se protéger – ainsi que leurs partenaires – contre une éventuelle infection au VIH (Présidence du Burkina Faso, 2005 ; Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2004). Le sud et l'ouest du pays (notamment la province de Poni avec une prévalence du VIH chez l'adulte de 3,7 % en 2003) sont nettement plus atteints par l'épidémie que les régions situées à l'est.

L'accès aux soins et les trois « I » (idées, intérêts, institutions)

L'ouverture du Burkina Faso à l'aide internationale non gouvernementale (le Burkina Faso est l'un des pays africains comptant le plus grand nombre d'ONG) situe également la problématique de l'action publique dans ce pays. La manifestation de rue en question fut aussi l'œuvre des associations françaises,

Sidaction par exemple étant un soutien très actif des associations locales.

Reste que ce qui différencie le Burkina Faso des deux autres pays de notre étude est lié à ses ressources plus modestes et donc aux limites structurelles de l'accès aux soins. De fait, le quart des patients burkinabés est pris en charge dans le réseau associatif par des médecins et des personnels soignants formés à cet effet, mais dont la faiblesse en nombre limite cette approche lorsqu'on la rapporte aux besoins en spécialistes sur le territoire du pays. Par ailleurs, bien que le Burkina Faso soit largement plus pauvre que le Cameroun et plus encore que le Botswana, c'est le seul pays parmi les trois où les médicaments contre le sida ne sont toujours pas gratuits. Autant les premières limites relevaient du « I » des institutions, autant la non-gratuité des antirétroviraux au Burkina Faso relève du « I » des idées. L'idée que « faire payer », ne serait-ce même qu'une somme « modeste », n'est pas efficace dans ce contexte de grande pauvreté et fait défaut aux autorités burkinabées. L'inversion du paradigme économique (faire payer pour mieux soigner) en cours dans les années 1990 a déjà montré son efficacité, en termes d'économie et de santé publique dans d'autres pays à faible revenu (Coriat, 2008). La gratuité pour les patients provoque une précocité de l'accès aux soins, des économies structurelles, une meilleure prise en charge et des gains sur le plan des coûts de transaction.

Le choix rationnel n'est donc pas toujours si rationnel que les acteurs peuvent le croire. « Analyser les politiques publiques consiste dès lors à décomposer un réel complexe en dimensions (ou variables) identifiables, non pour le simplifier, mais pour le rendre compréhensible au moyen des catégories d'analyses existantes, pour permettre ensuite d'effectuer la comparaison avec d'autres phénomènes similaires [...] » (Palier et Surel, 2005, p. 11). Dans cette logique, les trois « I » sont pertinents, de manière isolée ou interdépendante, selon les contextes, les variables et les thèmes à éclairer. La question de la gratuité des antirétroviraux dans ces trois pays semble confirmer que l'arrière-plan historique est nécessaire pour rendre intelligible une action et une (non) décision publiques : « la genèse des politiques publiques donne ainsi à voir les moments de transformation des représentations » (Laborier, 2003, p. 423).

Yaoundé, capitale du Cameroun

En janvier 2001, le Cameroun accueillait le sommet des présidents d'Afrique et de France. En marge de cette manifestation bisannuelle et fortement médiatisée, l'épouse du chef de l'État camerounais, madame Chantal Biya, organisa un forum sur le thème des jeunes en Afrique à l'épreuve du sida. Dans ce pays réputé – s'agissant de la lutte contre le sida – pour le relatif retrait de l'arène médiatique des hautes instances de l'État, arène par ailleurs monopolisée par les professionnels de la biomédecine, cet événement a constitué une première. Autour des premières dames d'Afrique⁷ et de l'épouse du secrétaire général des Nations Unies d'alors, madame Nane Annan, cette réunion a donné lieu à des témoignages de personnes vivant avec le VIH/sida, à des discours des épouses de chefs d'État africain sur les souffrances que la maladie génère dans leur pays respectif ainsi qu'à des réponses collectives à apporter. Quelques mois après cette manifestation, madame Biya a créé une ONG regroupant les premières dames d'Afrique et lui a donné le nom de Synergies africaines contre le sida et les souffrances (Eboko, 2004).

À compter de cette date, la sphère politique camerounaise, et notamment ses plus hauts dirigeants, a manifesté une ouverture internationale après quinze ans d'une adhésion passive et silencieuse aux normes édictées par l'OMS et l'ONUSIDA. Cette dynamique a contribué à la visibilité du travail des autorités sanitaires qui avaient déjà œuvré pour l'accès aux génériques dès 2000 et qui ont poursuivi la politique de baisse du coût des antirétroviraux avec un soutien international multiforme: Fonds mondial (depuis 2004), accords passés avec les grands laboratoires (2001), subvention de l'État grâce aux fonds dits pays pauvres très endettés, etc. En parallèle à l'action plus récurrente et plus institutionnelle du Comité national de lutte contre le sida, les compliments adressés pour son leadership à la première dame du Cameroun par le secrétaire exécutif de l'ONUSIDA, monsieur Peter Piot, ont accompagné un processus original d'accès aux antirétroviraux. Jusqu'en 2006, le patient camerounais

a bénéficié d'une trithérapie, sous forme générique, pour 3000 FCFA⁸ (moins de 8 dollars canadiens) par mois, ce qui représente une révolution thérapeutique, quand on se souvient que le même traitement coûtait un peu moins de l'équivalent de 1500 dollars canadiens par mois et par personne au début de l'année 2000.

Le 1^{er} mai 2007, cet effort, financé notamment par le Fonds mondial, a encore franchi un palier puisque ces médicaments sont officiellement devenus gratuits pour les patients. Ce mouvement international qui a favorisé l'accès aux antirétroviraux en Afrique grâce à la mobilisation collective de la société civile transnationale trouve une traduction particulière au Cameroun. Ce pays a opté en effet pour une tentative d'institutionnalisation de la décentralisation de l'accès aux antirétroviraux. Pour le moment, les antirétroviraux sont disponibles dans les soixante-trois unités de prise en charge réparties dans les dix provinces et dans les organes de références, les vingt-quatre centres de traitement agréés. L'objectif du gouvernement et de ses partenaires consiste à rapprocher le plus possible les patients vivant dans des zones éloignées des centres de traitement. D'où le processus de décentralisation en cours qui a commencé avec la création des unités de prise en charge au sein des hôpitaux de district.

Entre-temps, grâce aux Synergies africaines contre le sida et les souffrances conduites par mesdames Biya et Compaoré (la nouvelle présidente de cette association), un centre international de référence Chantal Biya pour la recherche et la prévention a été inauguré à Yaoundé en février 2006. Entre les politiques publiques et l'arène du pouvoir et de la compétition politique et les entrelacs qui les séparent, les reconfigurations de l'action publique contre le sida méritent d'être mises à l'épreuve de la recherche. Le caractère opérationnel de ce projet se fonde aussi sur la participation de la Division de la recherche opérationnelle en santé du ministère de la Santé publique qui est impliquée dans tous les projets de recherche sur la santé.

⁷ Voir *Politique africaine* (2005), numéro coordonné par Christine Messiant et Roland Marchal.

⁸ Franc de la Communauté financière africaine [NDFR].

Les jeux et les enjeux internationaux d'une décentralisation

Le Cameroun a bénéficié d'un contexte international favorable, de l'expertise technique de la coopération internationale – notamment française – et de celle acquise par ses propres médecins impliqués dans des partenariats internationaux – l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales en est un exemple – depuis le milieu des années 1980. Avant l'accès aux antirétroviraux, le Cameroun s'était déjà inscrit dans une logique de décentralisation des structures de soins, préconisée par l'OMS à la Conférence d'Harare en 1987.

Le Cameroun propose un modèle dans lequel ce sont les réseaux de médecins qui ont initié les procédures et montré les possibilités opérationnelles de la prise en charge des patients. Par la suite, les pouvoirs publics, par le Comité national de lutte contre le sida (ministère de la Santé publique du Cameroun), ont institutionnalisé cette dynamique avec l'appui des partenaires internationaux et l'engagement des « sommets de l'État ».

Quatre décisions politiques et économiques importantes et une découverte scientifique (Laurent et autres, 2004) ont ensuite apporté une réponse à la question des coûts des trithérapies au Cameroun depuis le début de la décennie 2000. Après l'introduction en 2000 des médicaments génériques, le pays a connu une redéfinition des partenariats, des accords et des alliances avec ses différents partenaires. Le 4 avril 2001, le magistrat Laurent Easo, alors ministre de la Santé publique, a signé un protocole avec quatre laboratoires pharmaceutiques représentés par Merck Sharp & Dome. À cette occasion, le coût pour le patient est passé en dessous de 70 000 FCFA (environ 174 dollars canadiens) pour les molécules de première ligne.

À la fin du mois de juillet 2002, un décret présidentiel annonçait une nouvelle baisse des prix des molécules antirétrovirales au Cameroun, assortie d'une baisse du coût des examens biologiques. Ainsi, avec un

budget d'environ 21 000 FCFA par mois (environ 55 dollars canadiens), un patient camerounais avait accès à une trithérapie. C'est à la faveur d'un apport de fonds dits pays pauvres très endettés, donc à la faveur de la remise de la dette, que le pays a pu réaliser cette opération. C'est ensuite grâce aux financements versés par le Fond mondial, créé par Kofi Annan en 2001, que le Cameroun a pu enregistrer des chutes régulières et successives du prix des antirétroviraux pour le bénéfice social et thérapeutique de ses patients. Un autre ministre de la Santé publique, Urbain Olinguena Awono⁹, va incarner ces accords et la mobilisation politique du Cameroun vis-à-vis de ses partenaires internationaux, notamment la Banque mondiale et le Fond mondial. C'est au cours de son mandat, le 1^{er} mai 2007, qu'a été annoncée la gratuité tant espérée des antirétroviraux.

Aux interventions du Fond mondial s'est ajoutée l'initiative UNITAID¹⁰. Initiée par les présidents Luiz Inácio Lula da Silva, du Brésil, et Jacques Chirac, de France, à partir d'une retenue de un euro sur les prix des billets d'avion pour les vols internationaux, elle offre, au titre de « facilité internationale », une ressource supplémentaire pour l'achat de médicaments. Ainsi est-on parvenu à la gratuité des antirétroviraux au Cameroun, aboutissement dont le ministre Olinguena avait fait sa priorité, encouragé qu'il était par les acteurs internationaux acquis à cette cause bien avant les sociétés civiles africaines, longtemps muettes sur le sujet. Il faut préciser qu'avant l'accès universel caractérisé par la gratuité des médicaments de première ligne pour tous les patients et celle qui s'ébauche progressivement pour les médicaments de seconde ligne, les enfants de moins de quinze ans et les femmes enceintes pouvaient bénéficier des traitements gratuits. La situation des enfants est assez contrastée :

- 44 800 enfants de moins de quinze ans sont infectés au Cameroun ;
- 19 % des enfants nés de mères séropositives sont infectés ;

⁹ Le ministre de la santé publique a été remplacé en septembre 2007.

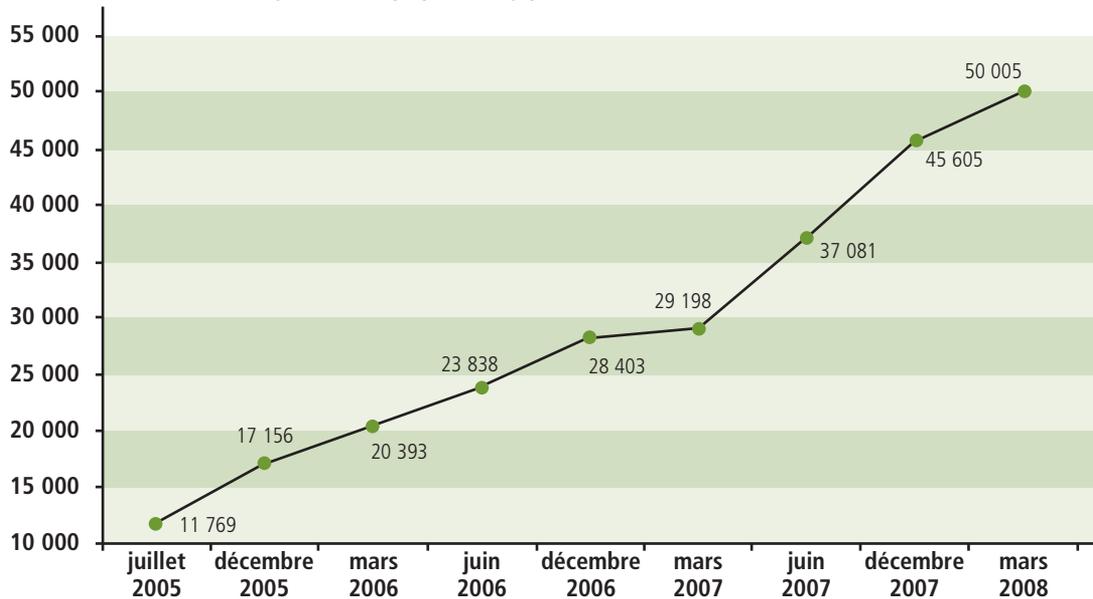
¹⁰ UNITAID est une facilité internationale d'achats de médicaments qui vise à accroître l'accès aux médicaments de qualité pour le traitement du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose et d'en réduire les prix [NDLR].

· 2000 enfants sont sous antirétroviraux, soit 20 % des 9953 enfants admissibles.

À la fin de l'année 2007, le Comité national de lutte contre le sida recense 45 600 patients adultes sous

antirétroviraux, soit 54,7% des personnes admissibles aux traitements. Ils étaient 17 000 en 2005 et 600 seulement en 2001.

TABEAU 3 : L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MALADES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL AU CAMEROUN



Source : Comité national de lutte contre le Sida, *Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des adultes et enfants*, rapport de progrès n° 10, Yaoundé, 2008.

Quatre projets de recherche franco-camerounais financés par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (France) sont en cours pour évaluer les avancées, les obstacles et les perspectives de cette décentralisation. Ils concernent plus de cent vingt-cinq formations sanitaires. Celles-ci sont réparties en centres de traitement agréés au niveau des hôpitaux centraux et provinciaux et en unités de prise en charge au niveau des hôpitaux de districts. Il faut ajouter à ce nombre les hôpitaux non publics qui ont reçu l'agrément du ministère de la Santé publique pour la prise en charge des antirétroviraux. La différence structurelle entre les centres de traitement agréés et les unités de prise en charge est le plateau technique, notamment les laboratoires présents dans les centres de traitement agréés auxquels se réfèrent les unités de prise en charge.

Ainsi, 70 % des structures de prise en charge sont publiques, 10 % sont privées (cliniques et hôpitaux des grandes entreprises), 15 % relèvent du privé confessionnel et 5 % du secteur dit sécurité (infirmiers des prisons, centres médicaux de la police et des forces armées, etc.). Sur les cent soixante-quatorze districts de santé que compte le Cameroun, quatre-vingt-neuf possèdent au moins une structure de prise en charge. Le modèle camerounais tire son originalité de la décentralisation active de l'offre de soins. Celle-ci s'appuie sur la décentralisation de la prise en charge dont le Cameroun propose un modèle particulier qui doit s'inscrire dans un élargissement à l'échelle internationale du débat économique et politique (Moatti et autres, 2003), débat qui augure de la possibilité d'aller au plus près des patients. Dès lors, un faisceau de problèmes apparaît : jusqu'où ce système peut-il aller ? À quelle hauteur de la pyramide

sanitaire (donc de décentralisation) se heurtera-t-on à la question de la pénurie de personnel? Quelle marge de solvabilité financière le pays – sous perfusion de la part de ses partenaires, en particulier le Fonds mondial – possède-t-il pour poursuivre dans le temps la gratuité du traitement? Le différentiel sur le plan de la décentralisation est causé principalement par l'apport géographique inégal des partenaires internationaux du Cameroun. Certaines provinces, voire certaines formations sanitaires, bénéficient d'une autonomie financière et structurelle qui les distingue des autres.

■ DES QUESTIONS ET DES PISTES CROISÉES POUR UNE APPROCHE COMPARÉE

Le tableau 2 offre la possibilité d'appréhender succinctement les trois pays selon leurs performances économiques ou sanitaires et leurs poids démographiques. Les liens entre ces différents secteurs sont multiples et fertiles parce qu'ils n'obéissent pas à des causalités simples. Le jeu des acteurs, d'un pays à l'autre, et leurs capacités à négocier les uns avec les autres dans un foisonnement d'offres et de demandes conditionnent cette perspective comparative, à commencer par la question de l'émergence de l'action publique.

L'émergence de l'action publique : une typologie des acteurs et de l'action

L'émergence de la thématique du sida dans les champs politiques africains est le produit de fortes interactions qui se sont développées à la faveur de séquences d'intervention qui s'enchevêtrent largement¹¹ et mobilisent une pluralité de médiateurs dans différents forums (scientifiques, réunissant les professionnels de la santé et de la recherche nationaux et internationaux; ou de la coopération bi et multilatérale et de l'action publique, regroupant les acteurs administratifs et une multitude d'autres intervenants non étatiques). Au sein de chacune de ces instances et en fonction de règles du jeu et du type de relations qui leur étaient spécifiques, ces médiateurs de l'émergence se sont conduits soit en catalyseurs soit en inhibiteurs de la

prise en compte de la pandémie comme problème public et de la formulation d'une réponse.

Les agences généralistes

Ce sont des médiateurs qui ont pour vocation de traiter l'ensemble des problèmes sociaux pour en proposer une interprétation puis émettre des principes pour l'action. Dans le cas qui nous occupe, ils ont participé de manière très inégale à l'émergence du problème. Il s'agit en l'occurrence des partis politiques, des églises et des médias, mais également, dans la configuration spécifique du Botswana, du Burkina Faso et du Cameroun, des hautes administrations et des bailleurs de fonds internationaux.

Au Botswana, le programme *African Comprehensive HIV/AIDS Partnership* est l'aboutissement d'une collaboration avec la Bill and Melinda Gates Foundation et le laboratoire pharmaceutique Merck. Il est précédé, accompagné et suivi d'une série d'autres accords: le BOTUSA (le gouvernement du Botswana et le Center of Disease Control d'Atlanta, États-Unis); le Botswana Harvard Institute (le gouvernement et Harvard Institute de Boston, États-Unis); le Secure the Future (le gouvernement et la firme pharmaceutique Bristol-Myers-Squibb). Pour le Cameroun, nous avons déjà évoqué les accords qui ont conduit à la baisse du coût des médicaments. À l'approche camerounaise, le Burkina Faso ajoute une démarche d'implication exceptionnelle des ONG du Nord, notamment européennes (françaises, allemandes, belges, britanniques, etc.), qui a permis de recomposer l'action publique contre le sida dans ce pays. Il s'agit donc d'apprécier les logiques, les divergences et les récurrences qui naissent ou subsistent dans chaque pays dans le droit fil de l'intervention de ces agences généralistes.

Le rôle le plus décisif aura été celui des partenaires de la coopération bi et multilatérale (Union Européenne, USAID, GTZ, OMS, ONUSIDA, France, etc.). Ils ont en effet ouvert une fenêtre d'opportunité autorisant à des acteurs nationaux de statuts divers à prendre la parole sur la pandémie. Ils ont également participé de manière active à la formulation du « référentiel global » de l'action publique contre le sida au Cameroun, au Burkina Faso et au Botswana: « [...]

¹¹ Sur cet enchevêtrement d'interactions multiniveaux dans un autre contexte, voir Loughlin (2004).

privilégiant une démarche de prévention fondée sur l'information de masse et le marketing social pour contenir à moindre coût l'explosion de l'épidémie, négligeant au moins dans un premier temps la mise en place d'une offre de dépistage et de conseil et consacrant des efforts minima à la prise en charge de personnes vivant avec le VIH» (Eboko, 2005b). Au Botswana, c'est le gouvernement américain, par le PEPFAR, qui impose sa vision à travers une double priorité d'action : acheter les antirétroviraux auprès des grandes firmes et assortir l'accès aux antirétroviraux à une prévention basée sur le triptyque ABC (*Abstinence – Be faithful – Condoms* / abstinence, fidélité, préservatif). Les contradictions de ce plan, au point de vue de la confusion de la morale et de la réalité sociale et épidémiologique, ont toutefois fait l'objet de vives critiques de la part des ONG internationales (Eboko, 2005c).

L'analyse de l'action publique contre le sida montre que la forte prégnance de contraintes externes ne signifie pas forcément une absence de marge de manœuvre ou un retrait des autorités nationales. Elle oriente plutôt sur une relecture de ces pistes de réflexion en rendant compte du fait que la marginalisation des possibilités d'agir sur les structures d'ordre global s'accompagne d'une redéfinition des aptitudes et des méthodes d'action, des processus de formalisation des stratégies et des techniques et des moyens de mobilisation des ressources. La position des hautes administrations nationales (mêlant reformulation, hybridation et dérivation) en témoigne. Pour comprendre cette adaptabilité – produites par les « consensus contradictoires » (Palier et Surel, 2005, p. 29) que doivent affronter ces acteurs administratifs –, il est utile de bien connaître leurs divers attributs et fonctions, et plus spécifiquement de savoir distinguer leur faculté à exercer un pouvoir de celle de maîtriser une autorité régulatrice (très concrètement de contrôler une action publique de sa conception à son évaluation). Cette distinction permet de prendre conscience que la capacité régulatrice de l'État peut s'éroder alors même que son pouvoir demeure et ne fait que se redéployer¹².

Les agences spécialisées

C'est la seconde catégorie d'acteurs, dans ce cas-ci pour l'essentiel les médecins et les professionnels

de la santé, qui se saisit rapidement du problème parce qu'il se rapporte directement à leur spécialité. Contrairement aux apparences, cette publicisation de l'action des agences spécialisées n'a pas accéléré l'émergence de la thématique. Ils se sont surtout livrés à un travail d'appropriation de la maladie et ont développé des stratégies de monopolisation de son énonciation publique qui ont eu pour corollaire un refus que la thématique du sida soit intégrée dans les champs politique et administratif.

Les acteurs à intérêts liés

Ce groupe d'acteurs est formé des associations et des ONG qui représentent ou prétendent à la représentation des groupes sociaux aux prises avec le problème et dont, au moins pendant un temps, les intérêts sont étroitement liés à la réussite ou à l'échec de la médiatisation de la cause dudit groupe social. Au Cameroun, ils ont pris une part active à la problématisation du sida comme enjeu public. Une nouvelle société civile s'est ainsi constituée, bâtie d'associations et d'ONG initialement créées et dirigées majoritairement par une partie du personnel biomédical puis élargies à de nouveaux acteurs. D'un pays à l'autre, l'action de ces médiateurs n'a pas le même effet ni la même audience. Il s'agira donc de mesurer les fondements historiques de ces différences.

Les médiateurs de surcroît

On situe ces derniers acteurs à la rencontre des champs scientifique, économique et philanthropique. De manière distincte dans les trois pays, ils ont largement contribué à l'émergence de la problématique du sida. On parle ici plus particulièrement des laboratoires de recherches biomédicales locaux et internationaux ainsi que des groupes pharmaceutiques. Plusieurs entreprises publiques et privées ont également œuvré à la prise de conscience de la pandémie en raison de l'incidence du développement de la maladie sur la productivité de leurs employés. Bien que n'étant pas des intervenants de première ligne de l'action publique face au sida, ces acteurs ont apporté une plus value, un surcroît qui a remodelé la réponse au sida. Du Botswana, où cette implication des entreprises est très forte, au Cameroun où c'est une entreprise privée qui a lancé le débat sur la prise en charge de ses

¹² Sur ce point, voir notamment Hibou, (1999, p. 9).

employés en 1999¹³, l'articulation entre les différentes phases de l'action publique montre la nécessité de recourir de manière précise à l'un des trois « I » suivant les circonstances, mais surtout de mettre en exergue l'historicité de cette action.

■ CONCLUSION

La réponse au sida représente un faisceau multidimensionnel d'acteurs. Cette configuration qui va de l'international au local remet en selle le positionnement de l'État qui, dans le même temps, est un coacteur et une variable de cette action publique à plusieurs échelles. De ce point de vue, l'Afrique subsaharienne montre une évolution plus globale des États vers un rôle de régulation au détriment d'une mise en œuvre qui serait autonome et nationale. Cette notion d'État régulateur « renvoie à deux évolutions interdépendantes des politiques publiques. La première est le passage progressif du faire au faire-faire : l'État régulateur est un État qui agit plus indirectement que directement, qui est plus en interaction qu'en action, qui délègue plus qu'il n'intervient directement, qui pilote et qui oriente plus qu'il ne met en œuvre » (Hassenteufel, 2007, p. 326). Cette évolution est encore plus nette,

voire abrupte, sur le continent africain. Pour autant, cet article montre un différentiel d'un État africain à l'autre. Le Botswana est perçu comme un « État fort » dans la lutte contre le sida, tandis que le Burkina Faso semble plutôt un « État minimal », aux ressources très limitées. Quant au Cameroun, il se trouve dans une situation intermédiaire. Ce que nous proposons d'appeler « la gouvernance du délestage » se décline donc sous plusieurs formes de délégation de pouvoir de l'État vers d'autres acteurs nationaux et internationaux, privés et publics.

L'action publique sur le sida en Afrique nous informe simultanément sur l'évolution globale de l'« État régulateur » et sur des particularités des recompositions de l'action publique du niveau international à des échelons nationaux et locaux. Ces différents niveaux sont liés par des dynamiques qui seront distinctes selon la place et les rapports de force des différents acteurs impliqués dans chacun des pays. Cette réflexion interdit de penser l'État africain sous forme univoque, mais réactualise l'historicité des sociétés politiques africaines en même temps qu'elle montre les écarts plus ou moins grands de leur intégration aux dynamiques de la mondialisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Bibeau, G. (1991). « L'Afrique, terre imaginaire du sida : la subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et sociétés*, vol. 15, n° 2-3, p. 125-147.
- Bibeau, G. (1996). « La spécificité de la recherche anthropologique sur le sida », dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida : bilans et perspectives*, Paris, Karthala.
- Boone, C. et J. Batsell (2001). « Politics and AIDS in Africa: Research Agendas in Political Science and International Relations », *Africa Today*, vol. 48, n° 2, p. 2-33.
- Comité national de lutte contre le sida (2008). *Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des adultes et enfants*, Rapport de progrès n° 10, Yaoundé.
- Commeyras, C. et autres (2006). « Determining Factors of Observance of Antiretroviral Treatments in Cameroon during the Start-up Period (2000-2002) », *Pharmacy Practice*, vol. 4, n° 3, p. 117-122.
- Coriat, B. (dir.) (2008). *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries*, Londres, Edgar Edward
- Darbon, D. (2004a). « Peut-on relire le politique en Afrique via les politiques publiques ? », dans A. Triulzi (dir.), *State, Power and New Political Actors in Postcolonial Africa*, Milan, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli.
- Darbon, D. (2004b). « Comparer les administrations du nord et du sud : orientations méthodologiques à partir des administrations en Afrique », dans C. Thriot, M. Marty et E. Nadal (dir.), *Penser la politique comparée : un état des savoirs théoriques et méthodologiques*, Paris, Karthala.

¹³ Il s'agit de l'entreprise d'aluminium du Cameroun, Alucam, ancienne filiale historique de Pechiney, mais maintenant filiale d'Alcan du Canada.

- Desclaux, A. (1999). *L'épidémie invisible : anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso*, Lille, Presses universitaires du septentrion.
- Desclaux, A. (1995). « L'État contre la santé publique? », *Sociologie santé*, n°13, p. 85-91.
- Dixneuf, M. (2003). « Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale », *Revue française de science politique*, vol. 53, n° 2, p. 277-304.
- Dozon, J.-P. et D. Fassin (1989). « Raison épidémiologique et raison d'état : les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n° 1, p. 21-36.
- Dozon, J.-P. et D. Fassin (dir.) (2001). *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- Dozon, J.-P. et L. Vidal (dir.) (1995). *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, Orstom Éditions.
- Eboko, F. (2005a). « Patterns of Mobilization: Political Culture in the Fight Against AIDS: A Comparative Approach », dans A. Patterson (dir.), *The African States and the AIDS Crisis*, Aldershot, Ashgate Publishers, p. 37-58.
- Eboko, F. (2005b). « Politique publique et sida en Afrique : de l'anthropologie à la science politique », *Cahiers d'études africaines*, vol. 45, n° 2, p. 351-387.
- Eboko, F. (2005c) « Sida : des initiatives locales sous le désordre mondial », *Esprit*, n° 317, p. 200-211.
- Eboko, F. (2005d). « Law Against Morality? Access to Anti-AIDS Drugs in Africa », *International Social Science Journal*, vol. 57, n° 186, p. 715-724.
- Eboko, F. (2004). « Chantal Biya : "fille du peuple" et égérie internationale », *Politique africaine*, n°95, p. 91-106.
- Eboko, F. (2002). *Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun : politique publique, dynamiques sociales et constructions des Sujets*, Thèse en science politique, CEAN IEP, Université de Montesquieu Bordeaux IV.
- Elias, N. (2003). *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Pocket, [édition originale 1970].
- Enguéléguélé, M. (2006). « Politique et sida au Cameroun. Restitution des premières recherches », multigraphié, Yaoundé.
- Gruénais, M.-É. (dir.) (1999). *Organiser la lutte contre le sida : une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique*, Paris, Institut de recherche pour le développement.
- Hassenteufel, P. (2007). « L'état mis à nu dans les politiques publiques », dans B. Badie et Y. Deloye (dir.), *Le temps de l'état : mélanges en l'honneur de Pierre Birnbaum*, Paris, Fayard, p. 311-329.
- Hibou, B. (1999). « La décharge, nouvel interventionnisme », *Politique africaine*, n° 73, p. 6-15.
- Jobert, B. et P. Muller (1987). *L'État en action : politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses de l'Université de France.
- Kerouedan, D. et F. Eboko (1999). *Politiques publiques du sida en Afrique*, Travaux et documents, n°61-62, Bordeaux, CEAN.
- Laborier, P. (2003). « Historicité et sociologie de l'action publique », dans P. Laborier et D. Trom (dir.), *Historicités de l'action publique*, p. 419-462.
- Laurent, C. et autres (2004). « Effectiveness and Safety of Generic Fixed-dosed Combination of Nevirapine, Stavudine, and Lamivudine in HIV-1 Infected Adults in Cameroon: Open-Label Multicentre Trial », *Lancet*, vol. 364, n° 3, p. 29-34.
- Loenzien (de), M. (2002). *Connaissances et attitudes face au VIH/sida*, Paris, L'Harmattan.
- Loughlin, J. (dir.) (2004). *Subnational Democracy in the European Union: Challenges and Opportunities*, Oxford, Oxford University Press.
- Médard, J.-F. (1999). « Consolidation démocratique et changement des élites au Botswana : du parti dominant au bipartisme », dans J.-P. Daloz (dir.), *Le (non-) renouvellement des élites en Afrique subsaharienne*, Bordeaux, CEAN, p. 187-215.
- Moatti, J.-P. et autres (dir.) (2003). *Economics of AIDS and Access Care in Developing Countries: Issues and Challenges*, Paris, ANRS.
- Muller, P. (2000). « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie de l'action publique », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, p. 189-208.

- ONUSIDA et OMS (2008). *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, ONUSIDA.
- Otayek, R. (1997). « Démocratie, culture politique, sociétés plures : une approche comparative à partir de situations africaines », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, p. 189-207.
- Palier, B. et Y. Surel, (2005). « Les trois I et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, p. 7-32.
- Patterson, A. S. (dir.) (2005). *The African State and the AIDS Crisis*, Aldershot, Ashgate Publishers.
- Messiant, C. et R. Marchal (coordonné par) (2005). *Politique africaine. Les premières dames en Afrique*, n° 95.
- Raynaut, C. (2001). « Comment évaluer les politiques de lutte contre le sida en Afrique », dans J.-F. Baré, *L'évaluation des politiques de développement : approches pluridisciplinaires*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques politiques », p. 318-354.
- Raynaut, C. (1995). « Santé publique : l'État et la société civile », *Sociologie santé*, n° 13, p. 7-16.
- Sabatier, P. A. et E. Schlager (2000). « Les approches cognitives des politiques : perspectives américaines », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, p. 209-234.
- Schoepf, B. G. (2001). « International AIDS Research in Anthropology: Taking a Critical Perspective on the Crisis », *Annual Review of Anthropology*, vol. 30, p. 335-361.
- Vidal, L. (2004). *Ritualités, santé et sida en Afrique : pour une anthropologie du singulier*, Paris, Karthala.
- Vidal, L. (1999). « Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes », *Autrepart*, n° 12, p. 19-36.
- Vidal, L. (1995). « Les risques du culturalisme », *Le journal du sida*, n° 75-76, p. 32-34.