

Chapitre 18

ONG et associations de lutte contre le sida au Cameroun.

De la subordination vers l'émancipation à l'heure de l'accès au traitement antirétroviral

Fred EBOKO, Yves-Paul MANDJEM

Un champ en mutation

L'un des projets de recherche contribuant à l'évaluation du programme camerounais d'accès au traitement antirétroviral s'est fixé pour ambition de décrire et d'analyser les rôles des acteurs impliqués dans la lutte contre le sida¹. La perspective du « passage à l'échelle » n'a pas seulement produit un changement majeur de l'organisation thérapeutique et psychosociale de la prise en charge des patients. Elle constitue une mutation profonde du positionnement des associations de lutte contre le sida au Cameroun et, en particulier, des associations de personnes vivant avec le VIH/sida. Le projet de recherche sur lequel se fonde ce chapitre a particulièrement concerné des investigations menées dans trois régions du Cameroun : l'Ouest et l'Extrême-Nord et, surtout, la province du Littoral, qui a pour chef-lieu Douala, la capitale économique du Cameroun, son principal port et la ville la plus peuplée du pays avec près de trois millions d'habitants.

Ce chapitre met en exergue la configuration sociale au sein de laquelle se meuvent les associations, à l'heure de l'accès des personnes vivant avec le VIH/sida aux médicaments antirétroviraux. Officiellement, le Cameroun comptait en 2008 près de 300 associations de lutte contre le sida, parmi lesquelles 75 sont spécifiques aux personnes vivant avec le VIH/sida. L'évolution des rapports des unes par rapport aux autres est particulièrement importante pour comprendre la longue marche de ces associations, de leur subordination aux associations et aux ONG plus puissantes impliquées dans la lutte contre le sida dans les années 1990 vers ce qui ressemble aujourd'hui, au moins pour certaines d'entre elles, à une émancipation, avec l'ouverture de plus en plus poussée de leurs réseaux et de leurs ressources à des apports extérieurs

Notre analyse s'efforce d'abord de replacer le rôle des associations dans l'évolution de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun d'un point de vue diachronique. Il s'agit de montrer comment l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral a coïncidé avec des mutations sociologiques au sein des associations et à des transformations de leurs formes d'organisation et de leurs pratiques, à partir du début des années 2000. C'est l'objet de la première partie de ce chapitre.

¹ Projet POLART-Anrs 12 120 « La problématique de l'accès aux médicaments contre le sida au Cameroun. Enjeux, avancées, limites et perspectives de la décentralisation d'une offre de soins. »

Dans les années 1990, le champ associatif était constitué majoritairement de personnes démunies, à plus de 80 % des femmes, confrontées à la précarité et d'extraction sociale modeste, les hommes, quoique minoritaires en nombre, exerçant cependant la direction de la quasi-totalité de ces organisations. Le chapitre montre comment le profil sociologique des associations s'est transformé avec la montée en puissance du programme d'accès au traitement antirétroviral. Les professions et catégories sociales de la « classe moyenne », représentées par des personnes de plus en plus diplômées par rapport aux effectifs de la période qui avait précédé la disponibilité des traitements, ont fait leur entrée dans les associations et, surtout, dans leurs directions. À cette « élitisation » de la dynamique associative est venue s'ajouter une forte féminisation de la conduite de ces organisations, qui rompt également avec les pratiques de « leadership » masculin de la décennie précédente. Un troisième indicateur de cette modification sociologique est constitué par la professionnalisation des acteurs associatifs, notamment dans celles de ces organisations qui parviennent à s'insérer dans le champ institutionnel de la lutte contre le VIH/sida et dans des réseaux internationaux.

La ville de Douala a été un terrain particulièrement propice à l'étude de ces modifications, complétée ultérieurement par la collecte de données dans les deux autres provinces. L'objectif de l'étude détaillée dans la seconde partie de ce chapitre était notamment de comprendre comment les associations interviennent dans l'accès au traitement antirétroviral qui implique une multiplicité de partenariats et des relations entre acteurs. À cette fin, l'équipe de recherche a réalisé, à Douala et dans le reste de la province du Littoral, des entretiens avec plus d'une centaine d'acteurs : responsables administratifs et partenaires internationaux impliqués dans la gestion du programme d'accès au traitement antirétroviral d'une part, membres et présidents (es) d'une vingtaine d'associations d'autre part².

Les associations camerounaises au regard des dynamiques africaines

Pour comprendre les antécédents socio-politiques et sanitaires dans lesquels s'est inscrite la rupture introduite par l'accès aux antirétroviraux dans la vie des associations, il nous faut retracer les grandes lignes de la genèse des arènes politiques dans lesquelles celles-ci évoluent. L'exemple des associations camerounaises, dans leurs différences de structure et d'influence, comme dans leurs ressources inégales, amène aussi des enseignements au niveau de l'Afrique sub-saharienne et permet ainsi de distinguer des récurrences africaines et internationales et des spécificités nationales, voire locales.

Dans les pays d'Afrique sub-saharienne les plus précocement touchés par l'épidémie (Afrique de l'Est et australe), les mobilisations collectives, de type associatif, contre le sida ont pris forme dès la seconde moitié des années 1980. Les pays d'Afrique du Centre et de l'Ouest, comme le Cameroun, ont connu une temporalité différente. Les cultures politiques, liées à des passés coloniaux différents, « pays anglophones », *versus* « pays francophones » en l'occurrence,

² Une restitution à eu lieu à Douala, en mai 2008, en présence des représentants des associations et du groupe technique provincial/régional du comité national de lutte contre le sida.

expliquent sans doute pour partie que les premiers aient été plus enclins à produire ce type d'action collective. Mais, le rôle des facteurs socio-épidémiologiques a probablement été déterminant. Les pays anglophones dans lesquels ces mobilisations collectives ont été les premières à voir le jour (Ouganda, Zambie et, un peu plus tard, République sud-africaine) font partie de ceux où les taux observés de prévalence du VIH/sida étaient les plus élevés dès les années 1980. Les villes dans lesquelles ont émergé les mobilisations les plus visibles et les plus pérennes depuis les années 1980 ont connu de véritables situations de crise épidémiologique : Kampala en Ouganda [19], Kinshasa dans l'ex-Zaïre avant la guerre civile. De même, dans les pays dits « francophones », c'est dans celui alors considéré comme le plus touché en Afrique de l'Ouest et du Centre, la Côte d'Ivoire³, que sont d'abord apparues les associations les plus dynamiques et les plus actives [6]. Pour autant, cette variable épidémiologique est à mettre en relation avec la capacité historique de la société civile à se mobiliser pour une cause commune, au-delà de la seule intervention de l'État. À ces déterminants épidémiologique et socio-historique des mobilisations collectives, doit donc être ajoutée la variabilité des dynamiques proprement politiques. L'organisation spécifique de l'État, comme la situation politique et économique de chaque pays ont, selon les cas, facilité les mobilisations associatives (du fait de la faiblesse de l'État, notamment là où celui-ci était trop faible pour organiser la lutte contre le VIH/sida) ou les ont ralenties (par la prééminence des pouvoirs publics) [18, 19]. La capacité d'intervention des partenaires internationaux (ONG internationales et agences de coopération bi et multilatérales) a également joué un rôle significatif dans plusieurs pays, ces partenaires s'efforçant, en général, de s'appuyer sur l'action des ONG pour « contrebalancer » ce qu'elles perçoivent souvent comme le « bureaucratisme » des services publics gouvernementaux [11].

La situation épidémiologique du Cameroun se rapprochait de celle de la plupart des autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre, avec, dans les années 1980, des taux de prévalence considérés comme faibles (0,5 % en 1988), mais dont la progression s'est accélérée dans les années 1990 et 2000 (5,5 % depuis 2004). Dans ces pays, qu'ils demeurent peu touchés (comme le Sénégal avec une séroprévalence de 1 %) ou qu'ils voient s'établir une dynamique épidémique importante (comme le Cameroun), les mobilisations des personnes vivant avec le VIH/sida ont eu, à l'exception de la Côte d'Ivoire [6], du mal à émerger. Un point commun à l'ensemble de ces pays francophones, Côte d'Ivoire comprise, est que la création initiale des associations ne s'est pas enracinée dans une mobilisation spontanée et une auto-organisation des personnes vivant avec le VIH/sida elles-mêmes. Les associations, dans ces pays, ont été majoritairement créées à l'incitation des personnels biomédicaux, des ONG de lutte contre le sida conduites par ces mêmes personnels ou encore à la demande des organisations internationales comme l'ONUSIDA ou le programme des Nations unies pour le développement (PNUD). C'est le cas du Sénégal pour lequel on a pu parler de « *genèse d'une participation décrétée* » [25] ou d'associations « sous tutelle » [8, 9]. La Côte d'Ivoire a néanmoins connu le plus tôt une autonomisation des associations [23, 24], grâce à l'intégration de celles-ci à des réseaux d'ONG internationales et françaises, en particulier [6]. Le Cameroun représente une

³ En Côte d'Ivoire, le taux de prévalence du VIH était estimé à 10 % pour la population générale adulte, dans les années 1990, avec un pic de 20 % dans la zone de la capitale, Abidjan. Ce taux a été révisé à la baisse (de l'ordre de 5 %) depuis les années 2000.

combinaison des types précédents. Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida ont d'abord été créées à l'initiative de médecins hospitaliers jouant en quelque sorte des rôles d'« agents doubles », à la fois comme soignants et comme présidents des principales associations de lutte contre le sida [14] ; puis elles ont connu une évolution nette vers plus d'autonomie à l'égard du monde médical, appuyée par des connexions internationales tissées à partir des années 2000. Non sans un certain paradoxe, l'accès au traitement antirétroviral a ainsi produit un relâchement de l'influence des réseaux de médecins dans le champ associatif, à la faveur d'une médicalisation accrue de la prise en charge des patients.

Genèse et évolution des associations de lutte contre le VIH/sida au Cameroun

Deux périodes distinctes (avant et après l'accès au traitement antirétroviral) marquent bien l'historique des associations et des ONGs de lutte contre le sida au Cameroun. L'organisation de la septième conférence sur le sida en Afrique, tenue à Yaoundé en 1992, a provoqué l'essor des actions en matière d'information, éducation et communication et, de fait, l'essor de la création d'associations de lutte contre le sida censées contribuer à ces efforts en direction de la population. Elles naquirent surtout dans les deux plus grandes agglomérations camerounaises, Yaoundé, la capitale politique et, dans une moindre mesure, Douala, la métropole économique. Pendant ces années 1990, on distingue en fait deux types d'organisations impliquées dans la lutte contre le sida, même si toutes partagent alors un même statut juridique d'associations régies par la loi de décembre 1990 sur les libertés publiques qui concerne, entre autres, la vie des associations. À partir d'une loi ultérieure de décembre 1999, il sera d'ailleurs introduit un statut juridique différencié. Les « associations » ne deviennent des « ONG » que sous certaines conditions, notamment après une durée d'existence minimale de trois ans. En outre, certaines ONG peuvent obtenir d'être déclarées « d'utilité publique » par décret présidentiel, ce qui constitue, selon cette loi, la condition, *sine qua non* pour recevoir des fonds issus directement de l'étranger [26].

Les ONG comme SidAlerte ou la Society for Women and AIDS in Africa, dont nous reparlerons plus loin, sont des filiales nationales de structures internationales, pan-africaines ou plus globales, dirigées principalement par des médecins. Leur obédience et leur audience dans les années 1990 furent corréliées à des ambitions nationales et multidimensionnelles (information, éducation et communication, recherche scientifique, organisation de structures plus petites en réseau, etc.). Les autres, nommées plus communément « associations », couvraient des territoires plus restreints (du quartier à la ville ou à une partie du pays) et des catégories de bénéficiaires plus ciblées (jeunes, femmes, élèves, étudiants, personnes vivant avec le VIH/sida). Pendant cette première décennie de l'essor associatif et avec des succès variables et différenciés suivant la ville, les principales ONG ont tenté de réguler, d'encadrer, de contrôler, voire de commanditer les actions des associations de taille plus réduite.

Une donnée essentielle orientait et continue d'influencer ce faisceau d'actions collectives : les ressources matérielles et la reconnaissance sociale. En effet, jusqu'à la fin de l'année 1997, la lutte contre le sida en Afrique, et en l'occurrence au Cameroun, fut surtout orientée vers la prévention ou, plus précisément, la

tentative de contention locale de la pandémie, sans recours thérapeutique spécifique et, selon toute vraisemblance, sans une volonté politique internationale pour qu'il en fut autrement [28]. De ce fait, les prérogatives et les missions que les ONG et les associations se voient assignées se limitent principalement à l'information, éducation et communication, puis au soutien psycho-social des personnes vivant avec le VIH/sida. La connexion aux réseaux de financements pouvant être sollicités, soit directement à l'étranger, soit localement auprès d'agences de coopération sises en majorité à Yaoundé, jouait un rôle clé dans les capacités d'action associatives.

Au cours de cette période, les acteurs biomédicaux ont pu jouer de leurs compétences, de leur influence et de leur légitimité auprès de ces réseaux transnationaux pour occuper l'espace construit entre les bailleurs de fonds et les groupes sociaux « cibles » de la prévention, en servant d'intermédiaires obligés entre donateurs et receveurs. L'inégalité des pouvoirs entre les uns et les autres, entre les « petits » et les « grands », permit une sorte de *statu quo* de cette situation pendant près de dix ans. La relative distance des sommets de l'État d'avec le personnel technique biomédical, tant celui du comité national de lutte contre le sida que celui du secteur des ONG, au cours de ces années 1990, concourut à pérenniser une image relativement « oligarchique » de la conduite des actions non gouvernementales les plus visibles. De fait, plusieurs provinces furent pratiquement exclues du champ de la mobilisation associative contre le sida, tandis que Yaoundé en fût le centre névralgique qui concentra en son sein près des trois quarts des ONG.

Le changement induit, à partir de l'année 2000, par les mobilisations de la société civile mondiale (les ONG internationales originaires des pays du Nord, telles que Médecins sans frontières ou Act Up, par exemple) pour l'accès au traitement a eu des implications immédiates sur la prise en compte par les pouvoirs publics du rôle des associations dans la « participation communautaire » unanimement prônée par les initiatives internationales [1].

En amont, la redéfinition du rôle des associations et la promotion d'une nouvelle vague associative au début des années 2000 s'appuient sur deux phénomènes. D'une part, les initiatives internationales favorisent à la fois la plus grande accessibilité financière aux antirétroviraux, jusqu'à leur gratuité, décrétée en mai 2007, et la lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida. D'autre part, ces enjeux internationaux conduisent à une implication politique plus visible du gouvernement et de la Présidence de la République dans la lutte contre le sida. Il en découle un contrôle plus important du politique sur l'administratif (le comité national de lutte contre le sida, en particulier), qui ouvre une série de marges de manœuvre nouvelles pour les associations, y compris pour celles qui jusque là ne jouissaient pas d'une véritable reconnaissance.

En aval, les nouveaux visages de la mobilisation associative prennent trois formes. On assiste tout d'abord à une présence accrue et systématisée des représentants des personnes vivant avec le VIH/sida dans la plupart des discussions qui les concernent, y compris lors des concertations avec les bailleurs internationaux. Ensuite, apparaissent dans ces associations des catégories sociales « intermédiaires » entre les personnels médicaux et les personnes vivant avec le VIH/sida « indigentes », qui constituaient jusque là l'essentiel des effectifs impliqués sur l'échiquier des associations locales de lutte contre le VIH/sida. Ces deux facteurs accentuent une dynamique d'émancipation des petites

associations vis-à-vis des ONG qui avaient dominé la scène dans les années 1990. En parallèle, on assiste à une diffusion du mouvement associatif sur le territoire national, plus aucune province du pays n'étant privée, en tout cas officiellement, d'associations de personnes vivant avec le VIH/sida. Ainsi, le réseau camerounais des associations de personnes vivant avec le VIH/sida (RECAP+) dénombrait, en 2007, soixante-quinze associations, réparties sur l'ensemble des dix provinces du Cameroun.

De la mise sous tutelle biomédicale à l'émancipation ?

Dans la suite de ce chapitre, nous nous proposons d'analyser plus en détail les ruptures intervenues entre les deux grandes phases de la mobilisation associative que nous venons de retracer. Après une mise en perspective générale de la dynamique associative, nous nous pencherons sur le cas précis de Douala et de la province du Littoral.

Des associations « sous contrôle » (1990-2000)

Au cours de la période 1990-2000, le mouvement associatif est dominé de fait par des ONG adossées à des réseaux internationaux (SidAlerte Cameroun et Society for women and AIDS in Africa, notamment), alors que les associations qui émanent directement de la mobilisation des personnes vivant avec le VIH/sida peinent à trouver leur place dans le champ institutionnel.

SidAlerte Cameroun apparaît en 1992, à l'occasion de la conférence internationale sur le sida organisée à Yaoundé. L'organisateur de la conférence, le Pr Lazare Kaptué, alors président du comité national de lutte contre le sida depuis la naissance de celui-ci en 1987, devient le président local de SidAlerte international, dont le siège est à Lyon. Il est secondé à l'époque par le Dr Zékeng, médecin biologiste et son collaborateur au CHU, autant pour l'organisation de la conférence que pour l'animation de l'association. Un an après avoir pris la tête de SidAlerte au Cameroun, le Pr Kaptué quitte son poste au comité national. Mais, il reste une des figures emblématiques de la lutte contre le sida au Cameroun et un des interlocuteurs privilégiés des partenaires nationaux et internationaux concernés [3, 13]. SidAlerte Cameroun a exclusivement œuvré dans le domaine de l'information, éducation et communication. Elle a mis à la disposition du public des dépliants, des cassettes vidéo, des diapositives, des affiches et des journaux, qui, pour l'essentiel, lui étaient fournis par SidAlerte international. Ces supports étaient également distribués lors des campagnes de sensibilisation que les membres, notamment des étudiants, menaient bénévolement au sein des écoles, des associations et dans les quartiers. Le lien avec un partenaire du Nord fut très fortement valorisé tout au long de l'action de l'association. Comme l'explique un ancien membre : « *Nous, nous gagnions en crédibilité d'être le prolongement d'une association internationale française... Tous les mois on recevait 200 exemplaires du journal dont les ventes participaient à la subvention* » [30].

Sur le terrain, ce lien international poussait également plusieurs agences de coopération (notamment américaine, allemande et française) à sous-traiter à SidAlerte une partie de leurs opérations, faisant de cette ONG un prestataire de services pour l'encadrement d'associations plus modestes et d'actions auprès des « groupes cibles ». Les domaines d'interventions, où SidAlerte se voyait sollicitée par les partenaires internationaux, sont multiples : formation des « pairs

éducateurs » et d'animateurs dans les quartiers, dans les établissements scolaires et universitaires, sensibilisation auprès d'associations dites de ressortissants, etc. Ces interventions s'étendaient même au domaine de la recherche, par exemple en virologie ou sur les comportements sexuels, alors au cœur des préoccupations pour l'élaboration des stratégies de prévention.

Ainsi, de l'aveu du Pr Kaptué lui-même, c'est SidAlerte qui sera à l'initiative de la création de l'IRESKO, un bureau d'études spécialisé dans les enquêtes comportementales. Alors point focal officiel de nombreux partenaires étrangers, le Pr Kaptué s'est trouvé directement sollicité par la demande internationale en matière d'études et d'enquêtes sociologiques et/ou anthropologiques liées au VIH/sida. Plutôt que de faire appel à des professionnels des sciences sociales des universités camerounaises, il s'est orienté vers les jeunes étudiants qui participaient déjà aux activités de son ONG de lutte contre le sida et dont le cursus présentait un minimum de compétences dans ces domaines. Par la suite, avec la baisse des financements internationaux disponibles pour les grandes enquêtes en population sur le sida, l'IRESKO se réorientera vers d'autres domaines d'étude auprès des ménages et sur la publication d'un journal destiné aux jeunes.

Plus généralement, SidAlerte Cameroun s'est retrouvé au centre d'un réseau de partenariats, allant de la recherche biomédicale et en sciences sociales (IRESKO) à l'information, à la formation et au marketing social, en passant par certaines firmes pharmaceutiques. Plusieurs de ses membres originaux deviendront des vecteurs actifs de la professionnalisation de la lutte contre le sida au Cameroun, au travers de l'appropriation de nouveaux métiers, y compris dans le secteur du bénévolat.

Au cours des années 1990, d'autres membres du réseau SidAlerte rejoignent par exemple le programme de marketing social du Cameroun, branche locale de Population Service International (PSI), cette ONG américaine qui bénéficie d'un monopole de fait pour la diffusion à faible coût du préservatif (« Prudence ») sur une grande partie du marché africain. Aujourd'hui, cette structure a évolué pour devenir un prestataire d'études commandées pour l'essentiel par l'ONU-SIDA au Cameroun.

La dynamique lancée par SidAlerte se poursuivra, même après sa disparition en 1998, suite au tarissement de ses financements internationaux et à la fermeture de SidAlerte international. Dans les cas que nous venons de décrire (IRESKO, PSI Cameroun), la professionnalisation des activités s'est progressivement accompagnée d'une prise de distance à l'égard de la mobilisation collective et d'une sortie de fait du champ associatif. Dans d'autres cas, le lien sera maintenu et les « anciens » de SidAlerte joueront alors une fonction de « passeurs » entre les réseaux internationaux et les associations émanant directement des personnes vivant avec le VIH/sida. Nous en donnerons deux exemples, qui tous deux étaient étudiants lorsqu'ils ont intégré le réseau SidAlerte, dont la signification va au-delà des itinéraires individuels.

Le premier est celui de Jean-Roger Kuaté, qui s'investit pendant dix ans dans le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida. Devenu psychologue clinicien, il constitue l'association SOS Psy qui fera référence en matière d'interventions psycho-sociales en faveur de ces personnes au Cameroun, avant d'être appelé à une carrière internationale. Autre ancien de SidAlerte, de formation juridique, Jean-Marie Talom est, quant à lui, à l'initiative de la création de la branche camerounaise du réseau éthique, droit et sida REDS.

Celui-ci est un réseau international né à Dakar en 1994. Il se spécialise dans le soutien juridique et la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida, et offre ses services aux autres associations camerounaises et aux organismes internationaux (GTZ – Agence de coopération technique allemande, MSF...) qui en formulent la demande. Les premières actions de Jean-Marie Talom, comme de Jean-Roger Kuate, concernent les torts multiples dont les personnes vivant avec le VIH/sida se trouvent victimes dans la vie quotidienne. En particulier, ils suscitent, au début des années 2000, des pétitions révélant que des ambassades et des représentations diplomatiques de grandes puissances occidentales exigent, au mépris des conventions internationales auxquelles ces pays adhèrent, les résultats de tests de dépistage du VIH pour l'obtention de visas par les citoyens camerounais. Cinq ans plus tard, le réseau éthique, droit et sida et son président joueront un rôle actif, qui leur vaudra une grande renommée internationale dans la controverse éthique qui conduira les autorités camerounaises à interdire, en février 2005, la poursuite d'un essai clinique du ténofovir pour la prophylaxie préventive du VIH, dont le recrutement visait principalement des femmes se livrant à la prostitution [29]. Au travers de ce parcours, resté en contact étroit avec la mobilisation associative, parallèlement à une certaine professionnalisation de l'action, Jean-Marie Talom est devenu une référence internationale en matière de défense des droits des personnes atteintes et, plus largement, un défenseur de l'éthique dans la lutte contre le sida.

L'autre ONG qui, avec SidAlerte, joue un rôle structurant dans le mouvement associatif des années 1990 est également la branche camerounaise d'un réseau international, la Society for Women and AIDS in Africa. Cette ONG est née en Afrique australe en 1988, puis s'est étendue à tout le continent.

C'est le Dr Henriette Meilo, autre figure médicale pionnière de la lutte contre le sida au Cameroun, qui crée cette association, en 1990, au retour d'un séjour professionnel en France qui lui avait permis d'entrer en contact avec certains acteurs internationaux. Avec le soutien de diverses associations étrangères (International Women Health Point, Ensemble contre le sida, hôpitaux parisiens), la Society for Women and AIDS in Africa du Cameroun se lance dans l'information, l'éducation et la communication et le conseil préventif, en s'appuyant pour l'essentiel sur la diffusion de documents en provenance de l'extérieur, à une époque où les personnes vivant avec le VIH/sida camerounaises n'envisagent pas encore de s'auto-organiser. C'est la Society for Women and AIDS in Africa-Cameroun qui épaulera la première association de personnes vivant avec le VIH/sida du pays au moment de sa création, en 1994, et la fera bénéficier de son expérience.

Pendant les dix premières années de la lutte contre le sida au Cameroun, les acteurs associatifs majeurs (Society for Women and AIDS in Africa et SidAlerte), quels que soient l'énergie et le dévouement dont ils font preuve, tendent à se contenter de reproduire les recettes éprouvées ailleurs et de s'inscrire dans une dynamique internationale, sans chercher à insuffler un élan spécifiquement national à leur engagement. En témoignent les formes d'organisation, les références, les outils de travail et même le vocabulaire adopté, qui sont souvent glanés au fil des conférences internationales auxquelles les personnalités médicales, qui dirigent ces principales ONG, assistent régulièrement et dont elles tirent une partie de leur légitimité nationale.

De leur côté, les associations émanant directement des personnes vivant avec le VIH/sida, qui, comme nous venons de l'évoquer, émergent à partir du milieu des années 1990 connaissent des débuts que l'on peut qualifier de chaotiques. Nous l'illustrerons à travers la trajectoire biographique du président de l'une d'entre elles, l'Association des frères et sœurs unis. Cette association regroupait plus de 130 adhérents à la fin des années 1990, personnes vivant avec le VIH/sida elles-mêmes, ainsi que veuves et orphelins du sida dans trois villes camerounaises (Yaoundé, Douala et Limbe sur la côte atlantique, dans la région du Sud-Ouest).

Dépisté en 1987 à la suite d'un don de sang, Andrew est parmi les premiers séropositifs déclarés à Yaoundé. Il a découvert son statut par hasard, grâce à la curiosité de son frère aîné qui a su décoder les résultats de ses analyses. Les médecins lui avaient juste dit qu'il avait « *un problème dans le sang* ». À 20 ans, il abandonne sa scolarité en classe de terminale et décide d'en savoir plus sur « la nouvelle maladie ». Les médecins investis dans la prise en charge du VIH le sollicitent d'abord pour de multiples examens biologiques. Très vite, sa disponibilité, sa bonne volonté et, surtout, son « bon » état de santé (Andrew était asymptomatique) incitent les médecins à lui proposer de rencontrer les personnes vivant avec le VIH/sida nouvellement diagnostiquées. L'expérience de conseiller psycho-social d'Andrew commence à titre bénévole, sur le tas. Il assure de manière informelle un conseil post-test, en aidant quelques personnes à « mieux encaisser » l'annonce de leur séropositivité. Ces entrevues nourrissent petit à petit chez Andrew et certains de ses compagnons d'infortune, la volonté d'organiser l'assistance aux personnes vivant avec le VIH/sida avant et après l'annonce du diagnostic. Pourtant, la rencontre la plus décisive, d'après Andrew, se déroule avec des membres du réseau africain des personnes vivant avec le VIH/sida, avec lesquels il sympathise lors de la conférence mondiale sur le sida de Londres, en septembre 1991, où l'occasion lui a été donnée de se rendre. Andrew constate l'avancée des mobilisations des personnes vivant avec le VIH/sida dans d'autres pays africains et le dynamisme des associations organisées par elles-mêmes dans certains pays anglophones (Kenya, Ouganda et Malawi).

Rentré au pays, et employé par Population Service International, le jeune homme de 24 ans s'efforce de « *faire quelque chose pour aider les personnes séropositives* ». Il entame les démarches administratives pour créer une association consacrée spécifiquement aux personnes vivant avec le VIH/sida et à leur entourage. Ses contacts avec le milieu médical, et les sollicitations dont il est l'objet pour soutenir moralement ces personnes renforcent sa notoriété, tant auprès des professionnels de santé que des patients eux-mêmes. Le 11 juin 1994, l'Association des frères et sœurs unis est enfin légalisée. Andrew, âgé de 26 ans, en devient naturellement le président.

En 1995, l'association se voit offrir l'opportunité de contribuer à un projet de recherche multicentrique, soutenu par l'IRD français, dans trois pays africains (Guinée Bissau, Sénégal et Cameroun). À Yaoundé, ce projet est baptisé Prévention du sida au Cameroun. Il s'agissait, en réalité, d'un projet de recherche biomédicale fondamentale visant à inventorier les différences cliniques et biologiques dans les sous-types respectifs du VIH-1. Mais, parce qu'il impliquait un suivi médical des personnes vivant avec le VIH/sida incluses dans le projet, l'Association des frères et sœurs unis est chargée, au même titre que différents

services médicaux, de recruter des personnes volontaires et de les orienter vers le personnel conduisant le projet à l'Hôpital militaire de Yaoundé, sous la houlette du médecin-colonel Étel Mpoudi Ngollé, qui dirige le programme national de lutte contre le sida entre 1994 et 1997. De plus, du fait de l'expérience d'Andrew dans ce domaine, l'association se voit confier le conseil encadrant le dépistage. À partir de novembre 1996, quand démarre l'inclusion des patients, la participation à ce projet permet, d'une part, à Andrew d'acquérir un statut professionnel de conseiller psycho-social, d'autre part, à plusieurs membres de l'association d'accéder à un suivi médical gratuit de leur infection à VIH.

Le parcours d'Andrew est une illustration assez représentative de la trajectoire de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida dans la deuxième moitié des années 1990. Ces personnes « affrontaient » l'impact social du VIH, en optant pour le statut de « conseiller psychosocial ». La polyvalence des rôles qui étaient assignés à Andrew et le rôle de conseil qu'il s'est vu progressivement reconnaître auprès des autres personnes vivant avec le VIH/sida, venaient pour partie de la tendance de certains médecins à adopter une « posture d'évitement » devant les difficultés de l'annonce d'un diagnostic positif du VIH à leurs patients [31]. De même, la construction par le président de l'Association des frères et sœurs unis d'un statut social auprès des acteurs en matière de sida, à partir de la reconnaissance publique précoce de son statut sérologique, n'était pas sans ambiguïté. Le statut que ses qualités intrinsèques lui accordaient et l'aide qu'il apportait au corps médical ne remettaient pas en cause la position marginale que l'association qu'il dirigeait continuait à occuper dans le dispositif de prise en charge du VIH/sida. La latitude d'action d'Andrew était celle que voulaient bien lui octroyer ceux qu'il « assistait », à savoir les médecins et les professionnels de santé. Cette situation était assez éloignée du modèle du « patient réformateur » que certains, en Occident, ont voulu voir apparaître à la faveur de la lutte contre le sida [7].

La « nouvelle vague » des années 2000

Un autre parcours biographique va nous permettre d'introduire les mutations des associations, au tournant des années 2000, marquées par l'accès massif au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH/sida du Cameroun. Ces mutations correspondent à une « élitisation », une féminisation et une professionnalisation, qui, d'une part, contribuent à renforcer l'autonomie d'action des associations à l'égard de l'État et des professionnels de santé, mais, d'autre part, peut être source de différenciations sociales dans les mobilisations collectives contre l'épidémie.

Ainsi, une femme, cadre supérieure à la direction générale de la Société nationale d'électricité (Sonel), alerte le service des ressources humaines de son entreprise dès la connaissance de sa séropositivité, obtient un soutien pour son accès au traitement antirétroviral, et lance avec trois autres femmes infectées par le VIH, en 2001 à Douala, une nouvelle association SUNAIDS. Contrairement aux associations de personnes vivant avec le VIH/sida qui l'avaient précédé, le noyau dirigeant de SUNAIDS est constitué de personnes d'un niveau d'éducation élevé qui, très vite, ont la faculté de s'exprimer, y compris de façon critique, face aux responsables administratifs ou médicaux de la lutte contre le sida et d'attirer l'attention de ces derniers (qui avouent dans les entretiens

« apprécier le niveau social » de ces nouvelles interlocutrices). Si sa créatrice quittera assez rapidement la présidence de SUNAIDS pour lancer dès 2002 une autre association (l'APSA), celle qui lui succèdera, Mme Lucie Z, deviendra rapidement une figure médiatique reconnue de la lutte contre le sida, tant au Cameroun qu'à l'étranger. Les « militantes » de SUNAIDS ouvrent, à partir de 2002, à Douala, avec l'appui de la coopération technique allemande (la GTZ), le premier lieu d'écoute et d'accueil pour les personnes vivant avec le VIH/sida, qui sera bientôt suivi par l'inauguration d'une ligne téléphonique destinée au public. Dans l'univers associatif de Douala, jusque là dominé par les femmes médecins de la Society for Women and AIDS in Africa, elles offrent une alternative autonome et imposent leur savoir-faire en matière de conseil aux personnes vivant avec le VIH/sida [16, 30].

Plusieurs des membres actifs de SUNAIDS sont conseillères psycho-sociales, en plus de leurs métiers respectifs. Quelques-unes exercent même à temps plein dans les programmes d'appui aux personnes vivant avec le VIH/sida introduits dans les centres de soins de Douala avec l'accès au traitement antirétroviral. Lors de la mise en place, à la demande du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, principal bailleur des fonds des antirétroviraux au Cameroun (voir Chapitre 2), de l'instance de coordination de ses programmes dans le pays, où la participation de la société civile est posée comme une exigence, une représentante de SUNAIDS siègera d'emblée aux côtés de quelques autres personnalités associatives.

L'exemple de SUNAIDS illustre des évolutions plus générales des associations de lutte contre le sida au Cameroun que nous décrivons, dans la suite de ce chapitre, à partir des observations recueillies dans la province du Littoral (région de Douala).

L'exemple du Littoral du Cameroun : professionnalisation, élitisation et féminisation

Le champ associatif de la lutte contre le VIH/sida dans la région du Littoral est en plein essor depuis le début des années 2000, à l'image de ce qui a été décrit plus haut pour le territoire national tout entier. Dans cette région, neuf associations sont explicitement reconnues par le réseau camerounais des associations de personnes vivant avec le VIH (RECAP+), mais, en 2008, une vingtaine est officiellement recensée par le groupe technique provincial du comité national de lutte contre le sida. Le *tableau 1* détaille les principales d'entre elles avec lesquelles nous avons pu entrer en contact.

Une première conséquence de l'accès au traitement et de la manne de financements internationaux qui l'a rendu possible est d'entretenir une dynamique complexe de collaboration, mais aussi de concurrence entre les autorités publiques en charge de la lutte contre le sida et le monde associatif renouvelé que nous venons de décrire.

Le comité national de lutte contre le sida s'est doté d'administrations déconcentrées appelées les groupes techniques régionaux (d'abord appelés groupes techniques provinciaux), qui coordonnent les actions à l'échelle de chaque région (antérieurement dénommées « provinces »). Pour ce qui est du Littoral, le rôle d'appui de l'État à la société civile se résume en un appui technique (formations, stages pour le personnel associatif au siège du groupe technique provincial/

Tableau 1
**Domaines d'activité des principales associations dans la lutte contre la VIH/sida
 (province du Littoral, Cameroun, 2008)**

| N° | Nom de l'association | Prévention : information/ sensibilisation/ éducation | Accès aux soins | Tous (les deux à la fois) | Centre d'écoute et d'information | Centre de prise en charge globale) |
|----|----------------------|--|-----------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 1 | SWAA-Litoral | X | X | X | | X |
| 2 | APRICOM | X | X | X | | X |
| 3 | SUNAIDS+ | X | X | X | X | |
| 4 | COLIBRI | X | X | X | X | |
| 5 | AFSUPES+ | X | X | X | | |
| 6 | ESPOIR+ | X | X | X | | |
| 7 | MERENSO | X | X | X | | |
| 8 | APAS | X | X | X | | |
| 9 | NEW-WAY+ | X | X | X | | |
| 10 | CAO | X | X | X | | |
| 11 | Espoir et vie | X | X | X | | |
| 12 | Hope-AIDS+ | X | X | X | | |

Littoral) et en un appui financier. Quoique limité (de l'ordre de un million de FCFA, soit un peu plus de 1 500 euros par an pour une association comptant une quarantaine de membres) et proportionnel aux effectifs et aux activités des associations, ce soutien permet de fournir un début d'assise matérielle stable aux associations, puisqu'il prévoit, entre autres rubriques, les dépenses de fonctionnement. Il permet indéniablement aux autorités d'exercer un certain contrôle sur la mobilisation de la société civile. Ce contrôle peut s'avérer légitime, dès lors qu'il s'agit, comme l'expriment des responsables, de « susciter l'émulation », en excluant du champ les « associations portefeuille », souvent unipersonnelles, créées par des individus à seule fin de s'accaparer une partie de la rente financière engendrée par le soutien international de la lutte contre le sida⁴ [30] ou en sanctionnant des associations dont les activités sont mises en sommeil⁵, au profit de nouvelles faisant preuve de dynamisme⁶.

Mais, de même que la diffusion par le comité national de lutte contre le sida d'un « modèle-type de plan d'action » pour les associations, ce soutien peut aussi s'apparenter, en tout cas aux yeux d'une partie des acteurs de terrain, à une tentative de reprise en main et de refus d'une dynamique autonome de

⁴ La réglementation camerounaise, imposant que seule une personne séropositive est autorisée à créer une association de personnes vivant avec le VIH/sida, a également contribué à limiter ce phénomène.

⁵ On citera, dans ce cas, les associations telles ANELI de Nkongsamba, LASOLES d'Edéa, CHRY-SALIDE de Bonabéri, exclues des financements du groupe technique provincial en 2007.

⁶ Ainsi, les associations telles que CAPOLIAS, CAO, Hope-AIDS, FEV, LA COLOMBE, GASUP+ AIDS, AJSS+ se sont vues récemment reconnaître par le groupe technique provincial.

mobilisation des personnes vivant avec le VIH/sida et de celles et ceux qui les soutiennent. Non sans ironie, certains membres des associations de Douala interrogés opposent « les messieurs du sida sec », qui hanteraient les conférences et séminaires des hôtels luxueux des capitales et des stations balnéaires de Kribi et de Limbé, à ceux qui comme eux « vivent le sida mouillé », celui de la surcharge de travail, de l'épuisement professionnel, « des larmes et des diarrhées ».

Une deuxième tendance, alimentée par l'accès au traitement et accélérée par la gratuité des antirétroviraux à partir de mai 2007, est celle d'une plus grande appropriation locale de la mobilisation collective, mais qui s'accompagne d'une tendance à la « scissiparité associative »⁷.

À la différence de la période d'avant la disponibilité des antirétroviraux, cette vitalité associative a pu alimenter une tendance à la captation de leurs instances dirigeantes par les élites, définies ici comme « *la minorité disposant, dans une société déterminée, à un moment donné, d'un prestige, des privilèges découlant de qualités naturelles valorisées socialement (par exemple la race, le sang, etc.) ou de qualités acquises (cultures, mérites, aptitudes, etc.)* » [4, 5]. Le diplôme est désormais la ressource essentielle pour accéder au « leadership associatif », comme c'est le cas dans le noyau dirigeant de l'association SUNAIDS évoquée plus haut et de beaucoup d'autres exemples rencontrés dans la province du Littoral⁸.

Toutes nos observations convergent pour constater que la professionnalisation de la gestion des associations donne de plus en plus droit de cité aux cursus scolaire et académique et à l'expérience professionnelle comme ticket d'accès à la gestion des ressources. Le niveau d'instruction⁹, les capacités et l'expérience professionnelle antérieure tendent à devenir une exigence cardinale pour s'impliquer dans le versant professionnalisé des activités des associations.

Il est indéniable que les associations de personnes vivant avec le VIH/sida ont pris, depuis les années 2000, un poids institutionnel qui a renforcé l'autonomie de la mobilisation collective à l'égard de l'État d'une part, et des personnalités médicales, d'autre part. De ce point de vue, sont emblématiques la tenue d'un discours de la présidente du RECAP+, également présidente de SUNAIDS, lors des cérémonies officielles de la journée mondiale de lutte contre le VIH-sida du 1^{er} décembre 2007 et le discours de la présidente d'ESPOIR+ lors du lancement de la seconde phase du programme national de soutien aux orphelins et enfants vulnérables, la même année. Ces deux événements marquent une rupture

⁷ Ainsi, l'association AFSU de Douala, branche locale de la doyenne des associations de personnes vivant avec le VIH/sida au Cameroun, l'Association des frères et sœurs unis de Yaoundé, s'est scindée en plusieurs associations locales autonomes : AFSUPES, ESPOIR+, MERENSO, AASMERO.

⁸ La présidente du RECAP+ est diplômée des universités du Cameroun et du Bénin ; la présidente de la « Fondation espoir et vie » (FEV) est étudiante en deuxième année de droit à l'Université de Douala ; la présidente de l'association APAS, qui est également la déléguée du RECAP+ pour le Littoral et membre du conseil d'administration de ce réseau, est cadre supérieur à la direction générale d'AES-SONEL à Douala Koumassi ; le président de l'association CAPOLIAS, titulaire d'un DESS en sciences et techniques comptables, est enseignant dans une institution universitaire privée de la ville de Douala et prépare une thèse de doctorat ; la présidente de l'association NEW-WAY+ est étudiante en deuxième année d'un BTS en journalisme.

⁹ Le niveau requis pour devenir conseillère au sein d'une association de personnes vivant avec le VIH/sida est le brevet d'études du premier cycle (BEPC).

symbolique avec un passé où ce sont plutôt des responsables administratifs qui s'exprimaient « *au nom des personnes vivant avec le VIH/sida* »¹⁰.

La marque distinctive d'une « société civile importée, dépolitisée et quelque peu inerte » accolée à celle du sida [5], ne sied plus à la réalité de la mobilisation collective au Cameroun. Selon la présidente du RECAP+, la réduction des coûts des examens biologiques et aujourd'hui la gratuité des antirétroviraux sont bien à mettre à l'actif des associations de personnes vivant avec le VIH/sida, au-delà des directives internationales. La société civile, qui intervient dans les débats politiques et sociaux de la lutte contre le VIH/sida au Cameroun, semble de plus en plus consciente de ses droits et devoirs, mais aussi, comme l'expriment des membres des associations eux-mêmes, de son rôle fondamental de relais « entre la base et le sommet ». L'appropriation de l'énoncé du discours et de la formulation des propositions et suggestions lors des journées de mobilisation et la participation aux ateliers d'élaboration de directives et de recommandations attestent de cette capacité des associations de personnes vivant avec le VIH/sida à ne plus se laisser imposer des objectifs par des acteurs extérieurs. De même, si elles continuent de s'appuyer sur les réseaux internationaux pour améliorer leur rapport de forces sur la scène nationale, elles ont largement échappé à « l'inféodation » qui caractérisait souvent les rapports des premières ONG camerounaises avec leurs correspondants étrangers.

Pour autant, il semble que ces avancées se soient en quelque sorte payées du prix d'une prise de contrôle des associations par les « élites », elle-même favorisée par la situation épidémiologique qui voit les couches plus instruites prendre conscience du tribut qu'elles payent à l'épidémie, tout autant si ce n'est plus que le reste de la population.

Certes, du fait des discriminations associées au sida qui transcendent l'échelle sociale, l'implication d'éléments des couches supérieures dans la mobilisation collective au Cameroun ne peut être assimilée, comme c'est le cas dans d'autres domaines, telle la gestion des redevances forestières [2], à un accaparement pur et simple des ressources par des « élites improductives et déloyales ».

De même, il est encore trop tôt pour qualifier ce processus de simple reproduction des élites à travers un « recyclage ou un renouvellement conservateur » [21]. Si certains membres soulignent que désormais « *le charisme des présidentes des associations est tellement fort qu'il est difficile de les détronner* » et que les élections aux postes de responsabilité sont « *des simples formalités d'usage, car celui qui affronte la présidente est un pion* », les exigences de gestions transparente et démocratique introduites au sein des associations ont conduit, en 2007-2008, à un renouvellement significatif des leaders dans plusieurs d'entre elles.

L'implication des élites entretient néanmoins la « scissiparité associative », déjà évoquée, car elle exacerbe inévitablement la concurrence pour parvenir à des positions prééminentes au sein des associations qui peuvent favoriser l'accès à des lieux spécialisés de pouvoir¹¹. Elle a aussi indéniablement contribué à une relégation des anciens leaders, d'extraction sociale plus modeste, et à une

¹⁰ Par le passé, c'était soit le secrétaire permanent du comité national de lutte contre le sida, soit le directeur du centre international de référence (Chantal Biya - CIRCB) qui parlait au nom des personnes vivant avec le VIH/sida.

¹¹ En témoigne le récent éclatement en deux du RECAP+, désormais concurrencé par le CANEP+.

marginalisation de patients démunis qui, dans les premiers temps de la prise en charge, avaient pu parvenir à des positions de conseillers dans les services de soins. On peut donc voir dans cette évolution une remise en selle, dans le champ associatif, des inégalités sociales « classiques » de la société camerounaise. Cependant, l'interprétation de la prise de contrôle des associations par les élites doit être nuancée, car une autre tendance lourde est venue la contrebalancer : la prise de pouvoir par les femmes sur la mobilisation collective.

Les femmes constituent l'essentiel, sinon la quasi-totalité, des effectifs des associations de personnes vivant avec le VIH/sida¹², même si on commence à y rencontrer des membres masculins de couples tant séroconcordants que sérodiscordants. Cette présence massive des femmes au sein des associations ne s'explique pas seulement par le fait qu'elles constituent la couche de la population la plus touchée par le VIH, mais également par le fait qu'elles représentent l'essentiel de la catégorie des personnes économiquement faibles. En dépit des évolutions détaillées plus haut des instances dirigeantes des associations, le profil sociologique de leurs membres reste constitué d'une majorité de femmes seules, avec des enfants à charge, sans emploi fixe et survivant d'activités dans le secteur informel. Leur adhésion au sein des associations de personnes vivant avec le VIH/sida reste avant tout motivée par leur vulnérabilité matérielle qu'elles espèrent atténuer par les quelques subsides que pourraient leur apporter une participation à des activités de conseil, d'information préventive ou d'aide à domicile d'autres personnes vivant avec le VIH/sida. Cette réalité sociologique a servi de base et de tremplin pour la conquête de la direction des associations par les femmes, même si ce sont souvent des personnes de milieux plus aisés qui sont parvenues à cette fin. Sur 18 associations de personnes vivant avec le VIH/sida de la province du Littoral pour lesquelles nous avons pu valider cette information, 14 étaient présidées par des femmes en 2008. Sur les neuf personnes membres du conseil d'administration du RECAP+, six, dont la présidente, sont des femmes.

S'il faut bien sûr saluer l'action de personnalités masculines, comme celle des présidents de l'association Colibri à l'Ouest du Cameroun (Bafoussam) ou de l'association AFSUPES, la mobilisation collective dans la lutte contre le VIH/sida au Cameroun est marquée par l'empreinte indélébile du militantisme et des itinéraires politiques féminins. Des figures saisissantes comme celles de Mmes Lucie Z, Joséphine B, Marlyse B, Pauline M de l'Association des femmes actives et solidaires s'identifient désormais aux yeux du public à des « Madame sida » respectées.

L'avenir dira jusqu'à quel point cette féminisation de la lutte contre le sida aura permis, au-delà de cette maladie même, de réduire les inégalités de genre profondément ancrées dans les sociétés africaines, comme ailleurs [10, 12].

¹² Sur les 42 membres recensés de l'association ACTLUS+, on ne dénombre que sept hommes ; sur les 100 membres de SUNAIDS, on compte 90 femmes ; sur les 121 membres de l'association AFSUPES+, on dénombre 111 femmes ; l'association ESPOIR+ compte 106 membres parmi lesquels 98 % sont des femmes ; l'association FEV comprend 169 membres parmi lesquels 64 personnes vivant avec le VIH/sida dont 50 femmes.

Références bibliographiques

1. Atun R, Dybul M, Evans T, Kim JY, Moatti JP, Nishtar S, Russell A. Venice Statement on global health initiatives and health systems. *Lancet* 2009 ; 374 : 783-4.
2. Bigombe Logo P. *Les élites et la gestion décentralisée des forêts au Cameroun. Essai d'analyse politiste de la gestion néopatrimoniale de la rente forestière en contexte de décentralisation*. Communication présentée au Colloque GECOREV, Université Saint-Quentin en Yvelines, 2006.
3. Bourgeois A., Eboko F. *Situations cliniques et négociations sociales face au VIH/sida au Cameroun*, Synthèse critique des « Sessions de formation pour la prise en charge thérapeutique des personnes victimes du VIH/sida au Cameroun » des 11 et 12 décembre 1997. Polycopié Yaoundé, 1997, 15 p.
4. Busino G. *Élite(s) et élitisme*. PUF, collection « Que sais-je ? », Paris, 1992.
5. Coenen-Huther J. *Sociologie des élites*. Armand Colin, Paris, 2004.
6. Cornu C. *Les Associations des personnes vivant avec le VIH-sida à Abidjan, Côte-d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique subsaharienne ?* Mémoire de DEA, IEDES, Université Paris I – Panthéon-Sorbonne, 1996, 153 p. (Sous la direction de Didier Fassin).
7. Defert D. Le malade réformateur. *Sida* 89, 1989 : 14-7.
8. Delaunay K. Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un « marché du sida » émergent. Cas ivoirien et sénégalais, In Deler JP, *et al.*, Eds. *ONG et Développement. Société, économie, politique*. Karthala, Paris 1998, p. 115-141.
9. Delaunay K. Le Programme national de lutte contre le sida au Sénégal. Entre prévention et normalisation sociale, In Gruénais ME, Dir. *Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative État/société civile*. Anrs-IRD, 1999, p. 101-111.
10. Desclaux A, Kouanda S Obermeyer CM. Stakeholders' participation in operational research on HIV care : insights from Burkina Faso. *AIDS* 2010 ; S1 : S79-S86.
11. Desclaux A, P Msellati P, Walentowitz S. Women, mothers and HIV care in resource-poor settings. *Soc Sci Med* 2009 ; 69 : 803-6.
12. Desgrées du Loû A, Ferry B, Eds. *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du sud*. Collection du CEPED, Paris, 2006.
13. Eboko F. Patterns of mobilization : political culture in the fight against AIDS, In Patterson A, Éd. *The African State and the AIDS Crisis*. Aldershot, Ashgate, 2005, p. 37-58.
14. Eboko F. Le sida en Afrique. La perspective globale d'un drame local. À partir de l'exemple du Cameroun, In Gobatto I, Dir. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*. Karthala-MSHA, Paris, 2003, p. 47-80.
15. Eboko F. Risque-sida, pouvoirs et sexualité. La puissance de l'État en question au Cameroun, In Courade G, Dir. *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, Karthala, Paris, 2000, p. 235-62.
16. Eboko F. Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun. *Autrepart, Le sida des autres*. Édition de l'Aube-IRD, Paris, n° 12, décembre 1999a, p. 123-140.
17. Eboko F. *Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des Sujets*. Thèse en science politique, CEAN, Institut d'études politiques de Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux 4, 2002, 489 p.

18. Eboko F. Introduction à la question du sida en Afrique : politique publique et dynamiques sociales, In Kerouedan D, Eboko F. *Politiques publiques du sida en Afrique*. Bordeaux, CEAN, Collection Travaux et Documents, 1999b, n° 61-62, 1999c, p. 35-73.
19. Patterson AS, Éd. *The African State and the AIDS Crisis*. Aldershot (UK)/Burlington, USA, Ashgate, 2005.
20. Fabing D. *Le sida en Ouganda : peut-on vaincre une épidémie sans traitements ?* Mémoire de DESS, Université Paris I-Panthéon-Sorbonne, Développement et coopération, 1998. (Sous la direction de Fred Eboko et Richard Banégas).
21. Kerouedan D. et Eboko F. *Politiques publiques du sida en Afrique*. CEAN, collection Travaux et Documents, Bordeaux, 1999, 73 p.
22. Highley J, Paluski J. Jeux de pouvoir des élites et consolidation de la démocratie en Europe centrale. *Revue française de science politique* août-octobre, 2000 ; 50 : 4-5.
23. Mboj FL. Les associations sénégalaises de PVVIH : genèse d'une participation décrétee, In Diop MC, Benoist J, Eds. *L'Afrique des associations. Entre culture et développement*. Karthala, collection Hommes et Sociétés, Paris, 2007, p. 216-229.
24. Kerouedan D. Et Eboko F. *Politiques publiques du sida en Afrique*. CEAN, collection Travaux et Documents, Bordeaux, 1999, 73 p.
25. Kerouedan D. *Sida : douze ans d'épidémie en Cote d'Ivoire, Afrique de l'Ouest. Analyse critique des stratégies internationales sur la période 1987-1997. Bilan et perspectives*. Thèse en épidémiologie et santé publique, Université Henri Poincaré-Nancy 1, 1998, 220 p.
26. Otaeyek R, Éd. *Les sociétés civiles du Sud. Un état des lieux dans trois pays de la ZSP : Cameroun, Ghana, Maroc*. Étude réalisée par Ayée J, Boukongou JD, Catusse M, Eboko F, Idrissi Janati, Toulabor C. CEAN, Institut d'études politiques de Bordeaux, ministère des Affaires étrangères, 2004.
27. Seraphin G., *Vivre à Douala. L'imaginaire et l'action dans une ville africaine en crise*. L'Harmattan, collection Villes et entreprises, Paris 2000, 302 p.
28. Raynaut Cl. Comment évaluer les politiques de lutte contre le sida en Afrique, In Baré JF, Éd. *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*. L'Harmattan, collection Logiques politiques, Paris 2001, p. 318-354.
29. Singh JA, Mills EJ. The Abandoned Trials of Pre-Exposure Prophylaxis for HIV : What Went Wrong? *PLoS Med* 2005 ; 2(9) : e234, doi:10.1371/journal.pmed.0020234
30. Umubyeyi B. *Lutte contre le sida et accès aux antirétroviraux au Cameroun : les déterminants du changement*. Mémoire de DESS Développement et coopération internationale Université Paris-Panthéon-Sorbonne, 2002, 90 p. (Sous la direction de Fred Eboko et Richard Banégas).
31. Vidal L., *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Anthropos/Economica, Paris, 1996, 217 p.

Accès décentralisé au traitement du VIH/sida

Évaluation de
l'expérience
camerounaise



*Sous la direction de
Fred Eboko
Claude Abé
Christian Laurent*

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise

Sous la direction de
Fred Eboko, Claude Abé et Christian Laurent

anRS

Agence nationale de recherches
sur le sida et les hépatites virales

COMITÉ ÉDITORIAL

Fred Eboko, Claude Abé et Christian Laurent, Véronique Doré, Laurence Quinty, Marielle Aulagnier, Suzy Mouchet.

Le comité éditorial remercie Murièle Matignon pour la relecture attentive des manuscrits, ainsi que Névada Mendes pour le secrétariat.

Anrs - Collection Sciences sociales et sida
Copyright Anrs - Paris février 2010
ISBN : 978-2-910143-24-4
ISSN : 1262-4837

Service information scientifique et communication - Anrs
101, rue de Tolbiac 75013 Paris
Tél : 01 53 94 60 32

Les articles de cet ouvrage sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs