

Chapitre 14

Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida

Fred EBOKO¹

Résumé

Ce chapitre vise à montrer les processus politiques qui ont été engagés à l'avènement de la pandémie du sida en Afrique. Il éclaire quelques-unes des réponses « différentielles » des états africains face aux dynamiques épidémiologiques du début de la pandémie jusqu'aux politiques d'accès aux multithérapies antirétrovirales. Les programmes nationaux de lutte contre le sida, sous l'égide et les directives du Global Programme on AIDS de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), constituent le socle des politiques publiques de lutte contre le sida en Afrique avant la découverte des antirétroviraux. L'accès à ces traitements va modifier les attitudes politiques, les mobilisations internationales, ainsi que la place des associations. La typologie des réponses des états africains est illustrée par trois « modèles » : la « participation active », « l'État militant », puis « l'adhésion passive ». L'analyse comparée des jeux d'acteurs, nationaux et internationaux, nécessite de recourir, pour chaque modèle, à un arrière-plan historique pour appréhender le poids de la conjoncture socio-sanitaire et politique, puis l'effet de dynamiques antérieures à l'accès aux antirétroviraux.

Mots-clés : sida, traitement antirétroviral, Afrique, politique publique, approche comparée

Les vingt-cinq dernières années constituent un tournant majeur dans l'émergence et les réponses internationales face aux grandes pandémies. À la fin de l'année 2009, le cumul mondial des financements consacrés, par exemple, aux trois grandes pathologies (le sida, la tuberculose et le paludisme) s'élève à 15,5 milliards de dollars américains. La moitié de cette somme provient des aides bilatérale et multilatérale. Dans cette configuration, la riposte face au sida reste un levier exceptionnel, une figure de proue qui a ouvert la voie à une meilleure

¹ Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale (SESSTIM), unité mixte de recherche Inserm 912/IRD/université d'Aix Marseille - Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Marseille, France. Institut africain de la gouvernance, Dakar, Sénégal. L'auteur tient à remercier les relecteurs anonymes de ce texte et également Élise Demange et Guilaine Thebault-Diagne pour leurs commentaires et corrections.

prise en compte des autres pandémies. Entre l'apparition des premiers cas de sida, au début des années 1980 et à la fin des années 1990, la pandémie a été, sans conteste, une des plus meurtrières de l'histoire des maladies en un temps aussi court et l'Afrique sub-saharienne a constitué la région du monde qui a payé le plus lourd tribut à cette pandémie. Cette région du monde héberge à elle seule plus de 60 % des cas de contamination : 22,4 millions sur un total mondial de 33,4 millions [1].

Pendant les deux premières décennies de lutte contre le sida (les années 1980 et 1990), les régions les plus pauvres du monde, dont l'Afrique, ont aussi constitué « le point aveugle » de la réponse internationale en termes de traitement. Avec la découverte des multithérapies en 1996, le fossé entre les pays du Nord et du Sud s'est encore creusé. Un slogan des Organisations non gouvernementales (ONG) a bien résumé cette situation : « les médicaments sont au Nord et les malades sont au Sud ». Au tournant des années 2000, c'est une véritable révolution thérapeutique qui s'est enclenchée, grâce à une succession d'initiatives internationales.

Face à la situation tragique des pays du Sud, privés de ressources suffisantes pour accéder aux traitements, les ONG ont œuvré avec force pour que les organisations internationales et les états du Nord adoptent des mesures pour pallier ces inégalités radicales. Plusieurs initiatives se sont succédé au niveau international. En 2003, moins de 2 % des patients africains en attente de traitement y avaient accès. À la fin de 2008, ce pourcentage s'élève à 44 %, soit un million de personnes [1]. Dans certains pays comme le Botswana, près de 90 % des malades éligibles aux traitements y accèdent.

Ce chapitre propose de présenter l'évolution différenciée de la lutte contre le sida en Afrique à l'aune de la question des traitements.

Tableau 1

Taux de séroprévalence au VIH/sida chez les 15-49 ans dans quelques pays africains

Pourcentage	Moins de 1 %	1 à 5 %	6 à 10 %	11 à 15 %	Plus de 15 %
Pays	Sénégal (0,7 %)	Guinée Bissau (2,5 %)	Cameroun (5,5 %)	Malawi (11 %)	Afrique du Sud (17,8 %)
	Mauritanie (0,7 %)	Côte d'Ivoire (3,4 %)	Éthiopie (2,4 %)	Mozambique (11,5 %)	Botswana (24,8 %)
	Niger (0,8 %)	Congo Brazza (3,4 %)	Kenya (6,3 %)	Namibie (13,1 %)	Swaziland (26 %)
Centrafrique (4,7 %)		Ouganda (6,5 %)	Zimbabwe (14,3 %)		

Source : Onusida, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, décembre 2010.

L'évolution des données épidémiologiques de l'Afrique sub-saharienne s'illustre par une accentuation de la prévalence du nord au sud du sous-continent. Pour autant, les ripostes politiques des états africains ne se structurent pas dans un rapport de cause à effet entre l'ampleur de l'épidémie et la construction de l'action publique. Une série de recherches a permis de mettre en lumière des « modèles » provisoires et évolutifs des réponses politiques. Ceux-ci sont liés à la situation respective de chaque pays face aux enjeux de l'épidémie, dans plusieurs secteurs. Plusieurs variables peuvent être retenues : l'état du système de santé,

les indicateurs macro-économiques du pays, la stabilité/instabilité politique et le leadership politique, et les mobilisations sociales. La combinaison qualitative de ces différentes variables et la prise en compte de l'ampleur historique de l'évolution de chaque pays, avant et après l'avènement de l'épidémie, offrent des éléments pour cette analyse. Il s'agit d'identifier la situation de chaque pays, au regard de ces quatre variables, au moment de la reconnaissance nationale de la pandémie, puis d'identifier comment ont été construites les réponses politique, administrative, sociale et sanitaire face aux modalités d'expansion de la maladie.

Dans cette logique, les modèles qui suivent ont constitué les principaux types de réponses à l'épidémie à VIH en Afrique sub-saharienne. Ces modèles ne sont ni étanches, ni définitifs, mais en constante évolution. Ils offrent un outil d'analyse socio-politique par lequel il est possible de voir évoluer les pays qui peuvent passer, au fil du temps, d'un modèle à l'autre ou se situer à l'interface de deux d'entre eux. Les trois modèles retenus ici, avant que l'accès aux antirétroviraux ne les modifie, sont : la participation active, l'adhésion passive et l'émergence plus récente de « l'état militant », illustré par le cas emblématique du Botswana [2, 3]. Ces « modèles » conçus tiennent compte de plusieurs facteurs : le leadership politique, la mobilisation associative, la connexion entre le programme national de lutte contre le sida, d'une part, et cette dynamique associative représentant les enjeux sociaux engendrés par l'épidémie (lutte contre la stigmatisation, représentation des personnes vivant avec le VIH, défense des groupes vulnérables, etc.), d'autre part. Cette démarche se fonde sur les « cultures politiques » et la manière avec laquelle celles-ci se sont articulées avec la lutte contre le sida [5, 6].

Ces déterminants socio-politiques présentés, prenant en compte la synthèse d'une approche comparée, largement documentée dans d'autres publications [2, 3], seront suivis de l'exemple particulier du Cameroun. Au-delà de la diversité des situations actuelles en matière d'accès aux antirétroviraux, le cas du Cameroun résume et éclaire à minima les avancées, les possibilités et les limites de la décentralisation de l'accès à ces médicaments dans les pays à ressources limitées, dans la dynamique des objectifs du millénaire édictés en 2006 au niveau international.

Des programmes nationaux de lutte contre le sida à l'accès aux antirétroviraux en Afrique : genèse et évolution d'une typologie des politiques publiques anti-sida

Émergence des programmes nationaux et coopération bilatérale contre le sida en Afrique : une filiation internationale

Deux périodes, de 1986 à 1996 et de 1996 à nos jours, ont représenté des offres de coopération internationale auxquelles les états africains ont répondu de différentes manières.

Après la découverte du premier cas de sida aux États-Unis, en 1981, et l'isolement formel du VIH en 1983, l'épidémie de sida s'aggrave sur le continent africain dès le milieu des années 1980. Deux obstacles de nature différente vont ralentir la réponse institutionnelle. La première difficulté est liée à la carence d'outils de diagnostic, qui ne deviennent disponibles, pour la majorité des pays, qu'à la fin de l'année 1985. Le second obstacle est d'ordre idéologique. Un certain nombre

de chefs d'états et de gouvernements ont tardé à reconnaître l'existence de la maladie sur leur sol, notamment à cause d'a priori racistes, ou perçus comme tels, qui entouraient la maladie et de la sensibilité liée au principal mode de transmission en Afrique, c'est-à-dire la sexualité.

Suite à la mise à disposition des tests de dépistage (Test Elisa : *Enzyme-linked immunosorbent Assay*²) dans une série de pays, des comités, des groupes et des réseaux se mettent en place, qui réfléchissent sur les réponses thérapeutiques et la prévention du VIH. Dotés de moyens dérisoires, des médecins vont néanmoins s'intégrer à des réseaux d'échange avec leurs collègues européens et américains.

Dans le même temps, en 1986, sous la direction de Jonathan Mann, le Global Programme on AIDS naît à Genève au sein de l'OMS. Il vise à apporter une réponse internationale au péril sanitaire représenté par le sida dans les pays du Sud, et en particulier en Afrique sub-saharienne. Le Global Programme on AIDS propose aux états de créer des programmes nationaux de lutte contre le sida. Ils ont pour mission de mettre en place des mécanismes de collecte et de surveillance épidémiologique, de mettre en œuvre des programmes de prévention auprès de groupes cibles et d'assurer, autant que possible, la sécurité transfusionnelle [4].

Les programmes nationaux de lutte contre le sida se sont constitués selon les modalités proposées par l'OMS. Un organe exécutif, le comité national de lutte contre le sida, était chargé de coordonner les actions sur le territoire national, en collaboration avec un organe consultatif. Un plan d'évaluation rapide de la situation épidémiologique à court terme devait être suivi d'un premier puis d'un second plan à moyen terme. Les directives de Genève se sont accompagnées de moyens financiers, qui mettaient sous tutelle matérielle complète les services relatifs au sida. Les gouvernements nationaux devaient fournir le personnel et les locaux, alors même que les états étaient soumis aux plans d'ajustement structurels. Bien que la majorité des pays africains se soit conformée aux directives du Global Programme on AIDS de l'OMS, une certaine diversité dans la mise en œuvre des politiques publiques a accompagné la première décennie de lutte institutionnelle contre le sida (1986-1996). Dans cette perspective, quatre modèles constituent la proposition de typologie de ces mobilisations politiques contre le sida dans les pays africains.

Une typologie des mobilisations politiques « actives » contre le sida en Afrique

« *La participation active* » : *Ouganda, Sénégal*

Elle a regroupé les pays qui ont conçu des politiques publiques contre le sida, au-delà de l'acceptation formelle des directives internationales. Avant l'accès aux antirétroviraux, ces pays ont mis en œuvre des programmes de prévention originaux et adaptés aux connaissances issues de la surveillance épidémiologique. Les deux pays qui nous servent d'exemples ici sont caractéristiques de cette dynamique. Leurs trajectoires s'inscrivent dans une mobilisation de dynamiques sociales locales au profit de la lutte contre le sida.

² Technique immuno-enzymatique visant à détecter les anticorps du VIH.

Ces deux pays connaissent des situations épidémiologiques dissemblables, avec un taux de séroprévalence chez les 15-49 ans évalué à moins de 1 % au Sénégal et à plus de 6 % en Ouganda. Pour autant, le volontarisme politique de la réponse des deux pays et le contrôle de l'évolution de l'épidémie les réunit au sein des pays pour lesquels la lutte contre le sida connaît des réussites, notamment en termes de prévention avant l'accès aux antirétroviraux. Ils ont la particularité d'avoir initié des politiques publiques compatibles avec les recommandations internationales, tout en étant spécifiques aux dynamiques épidémiologiques et aux politiques du pays.

Le Sénégal a mis l'accent très tôt sur les campagnes de suivis sanitaire et social des travailleuses du sexe ; d'autre part, les autorités sanitaires ont orienté leur action de prévention sur la régulation de la sexualité, en misant sur l'arrière-plan religieux et culturel. Cela a eu l'avantage de la cohérence sociale et sanitaire et l'inconvénient de l'absence de prise en compte des sexualités qui ne cadraient pas avec les représentations établies, en particulier les pratiques homosexuelles masculines.

En 1986, lorsque Yoweri Museveni prend le pouvoir en Ouganda, il hérite d'un pays sinistré par vingt ans « d'ethnocratie militaire », dont une décennie de violences pathologiques menées par Idi Amin³. Les chiffres du sida au milieu de ces années 1980 sont déjà des plus alarmants pour l'Ouganda. La capitale économique, Kampala, affiche un taux de séroprévalence de près de 30 % au niveau de la population dite « sexuellement active », entre 15 et 49 ans. Dans la seconde moitié des années 1990, l'Ouganda connaît une baisse de la séroprévalence. Par exemple, le taux de séroprévalence des femmes en consultation prénatale et âgées de moins de 20 ans était de 28 % en 1991, et de 6 % en 1998. L'Ouganda est le premier pays africain où la baisse des taux de séroprévalence au VIH/sida est attestée et reconnue par les organisations internationales, par les médias et les observateurs (les acteurs institutionnels et les chercheurs) [7]. Au crédit de cette « réussite », il faut souligner la conjonction de l'engagement politique et de la mobilisation dite « communautaire ».

Une mobilisation sociale importante L'association qui symbolise le mieux cette implication associative est sans doute le TASO (« The Aids Support Organization »). Créé en 1987 par la veuve d'un malade du sida, Noreen Koleba, le TASO et sa présidente vont s'ériger en figures de proue de la mobilisation dite « communautaire » en Ouganda. Du fait de la très forte confrontation (indirecte ou directe) à la maladie à Kampala dans les années 1980 (30 % des femmes enceintes en consultation prénatale étaient séropositives), la mobilisation menée par Noreen Koleba n'a pas tardé à rencontrer l'adhésion des familles concernées par l'épidémie. Le TASO dont la mission principale était de venir en aide aux personnes vivant avec le VIH/sida a bénéficié de l'aide des ONG britanniques et américaines et du soutien politique de l'État ougandais. Dix ans après sa création (en 1997), le TASO avait déjà consacré un million d'US\$ aux traitements des maladies opportunistes de ses adhérents, avant l'accès aux antirétroviraux. À la fin de la décennie 1990, le TASO comptait près de 2 000 volontaires à travers le pays et employait 150 permanents pour le bénéfice de plus de

³ Sur l'évolution de la vie politique et sociale en Ouganda, lire notamment Gérard Prunier et Bernard Calas (1994) et Céline Thiriot (1999). Sur la gestion politique et sociale du sida en Ouganda, analysée à l'aune du contexte politique et historique, lire Mathieu Verboud (1994).

16 000 personnes suivies à domicile et dans les centres créés par l'association [7]. Le TASO a provoqué un effet d'entraînement sur la dynamique associative en Ouganda et a pu se positionner comme interlocuteur de l'état et des partenaires internationaux de l'Ouganda dans la lutte contre le sida, avant et pendant le tournant de l'accès aux antirétroviraux.

Bien que ce pays ait payé un tribut très lourd à l'épidémie au cours des années 1980 et 1990, il a donc su se distinguer par une politique de prévention volontariste et une coordination des plus remarquées entre l'état et les ONG (locales et internationales). Il a ajouté à ces facteurs de réussite la volonté d'impliquer tous les secteurs ministériels dans la lutte contre le sida dès le milieu des années 1980. Bien avant les directives de l'Onusida, l'Ouganda est le précurseur des « politiques multisectorielles » de lutte contre le sida.

Au crédit de l'Ouganda et du Sénégal, l'implication multisectorielle et le travail avec les ONG, y compris les associations liées au secteur religieux, ont favorisé la dynamique de la lutte contre le sida.

La dynamique politique a été plus forte, plus précoce et quantitativement plus importante en Ouganda qu'au Sénégal [9].

Une question de leadership Les deux pays sont liés par une histoire du leadership politique, sous la houlette respective de l'ancien Président sénégalais Abdou Diouf et du Président ougandais Yoweri Museveni [7-9]. Dans les deux cas, « *L'État joua un rôle décisif en donnant aux associations l'espace d'action nécessaire, mais aussi en donnant le coup d'envoi de la mobilisation contre le sida* » [9].

Les autorités politiques des deux pays, nationales mais aussi locales, ont vivement incité à l'engagement contre l'épidémie et à la mise en place de stratégies de prévention ancrées dans les contextes socio-culturels nationaux. Dans le cas ougandais, les différents échelons administratifs ont été mobilisés pour multiplier les activités de prévention et de soins [7].

En 1998, le Sénégal est le premier pays africain à lancer de lui-même une initiative publique d'accès aux antirétroviraux : l'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux [11]. Celle-ci s'effectue encore une fois par le biais d'accords avec un oligopole de firmes pharmaceutiques détentrices des brevets, mais cette fois sans l'intermédiation de l'Onusida. Bien que le cas du Sénégal soit particulier, du fait d'un taux de séroprévalence relativement faible par rapport à ses homologues africains, l'action menée par ce pays a permis d'ouvrir la voie à des possibilités politiques de négociation directe au niveau des pays africains. À la fin 2009, 75 % des patients éligibles aux antirétroviraux étaient sous traitement au Sénégal.

L'Ouganda s'est engagé dans des protocoles d'accès aux polythérapies qu'il a signés avec l'Onusida dès 1997. À la fin 2009, le pourcentage de patients éligibles au traitement et sous antirétroviraux était de 53 %, dans une dynamique alliant les antécédents locaux de la mobilisation à l'apport de la communauté internationale [7].

La reconnaissance du leadership politique du couple présidentiel ougandais (Yoweri et Janet Museveni) peut être illustrée par les « AIDS Awards » que ces personnages centraux de la lutte contre le sida ont reçus. Entre 1998 et 2004, huit récompenses ont été décernées au chef de l'État ougandais et à son épouse. Le premier prix reçu par Yoweri Museveni lui a été attribué par la Society for

Woman and AIDS in Africa, avec le président sénégalais Abdou Diouf, en décembre 1998, exprimant ainsi la consécration de ces deux leaders [7].

Le leadership sénégalais a aussi tiré parti de la réussite internationale des scientifiques sénégalais, notamment de l'équipe du Pr Souleymane M'Boup, co-découvreur du VIH-2 en 1984 [10].

Pour autant, ce qui est ainsi récompensé, voire célébré, dans la lutte contre le sida en Ouganda souligne surtout la constance des efforts politiques et communautaires dans le cadre de la prévention, du dépistage et de la baisse de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. L'accès aux médicaments connaît des progrès importants grâce notamment à l'apport du PEPFAR américain (President Emergency Plan for AIDS Relief) depuis 2004. L'entrée en lice des financements du Fonds mondial en 2006 a rencontré la forte imprégnation du programme américain. De fait, la seconde phase de financement (round) du Fonds mondial a été suspendue, à cause d'une sous-utilisation des ressources financières. Ce qui souligne, ici, une empreinte forte des échanges bilatéraux entre les États-Unis et l'Ouganda et une moindre connexion politique avec les partenariats multilatéraux dans la lutte contre le sida [7].

« L'État militant » : le cas du Botswana, avec une riposte politique volontariste sous le choc épidémiologique d'Afrique australe

Alors que les années 1980 et la première moitié des années 1990 avaient été marquées par des taux de séroprévalence très élevés en Afrique orientale (Ouganda, Rwanda, Burundi, Kenya, etc.), à la fin des années 1990, les pics de l'épidémie se trouvent en Afrique australe (République sud-africaine, Botswana, Swaziland, Zimbabwe, Namibie, Mozambique). Cette partie de l'Afrique est désormais celle qui concentre les taux les plus élevés de prévalence du VIH/sida. Parmi les adultes infectés dans le monde, un sur cinq vit en Afrique australe.

Lorsque le sida dépasse la barre symbolique de 30 %⁴ de séroprévalence au Botswana, seuil inédit à l'échelle d'un pays, cet état est par ailleurs présenté comme « un modèle » de succès économique [12]. En 1966, lorsque l'indépendance du Botswana est proclamée, il est l'un des pays les plus pauvres du monde. Il est devenu en une quarantaine d'années l'un des pays les plus « riches » d'Afrique sub-saharienne, avec un PIB par habitant estimé à 3 500 US\$.

Dans le même temps, la communauté internationale salue la stabilité de son régime politique, basé sur une démocratie bipartite depuis 1966 [13], c'est-à-dire, bien avant l'heure des phases de libéralisation massive de la vie politique sur le continent qui n'interviendra qu'à partir de 1990.

Le premier cas de sida est diagnostiqué au Botswana en 1985, date de la mise à disposition des tests de dépistage. Le ministère de la Santé met en place les plans préconisés par le Global Programme on AIDS de l'OMS dès 1987 et met en avant la qualité de sa surveillance épidémiologique, grâce à un système de

⁴ Les modes de calcul des taux de séroprévalence se sont affinés et ont évolué. Avec les anciens modes de calcul basés sur une extrapolation effectuée à partir de sites sentinelles (notamment les femmes enceintes en consultation prénatale), ce taux a été évalué à plus de 37 % chez l'adulte jeune pour le Botswana en 2003. Ensuite, les calculs se sont effectués, dans la plupart des pays, à partir d'enquêtes auprès des ménages représentatifs des populations générales et il a été réévalué à la baisse dans tous les pays. À ce jour, le taux de séroprévalence au Botswana est estimé à environ 25 %. Pour une discussion précise sur les enjeux et les avancées sur ces calculs, voir Joseph Larmarange [14].

santé performant. Pour autant, la prévention ne porte pas les fruits escomptés et la séroprévalence progresse de manière exponentielle. Le facteur explicatif le plus couramment mis en avant pour expliquer cette situation est la mobilité des travailleurs employés dans les mines de diamant. Paradoxalement, c'est la qualité des infrastructures routières et la facilité des déplacements de ces travailleurs entre leur domicile familial et les sites diamantifères qui expliquent, en partie, la confrontation directe à la maladie de ces agents qui quittent leur famille pendant toute la semaine. Le faible recours au préservatif et les contacts sexuels avec les travailleuses du sexe sur les sites diamantifères expliqueraient aussi la dynamique de l'épidémie au Botswana, sur laquelle les discours moralistes officiels ont eu peu d'effets [2].

Jusqu'au milieu des années 1990, le sida ne donne pas lieu à un engagement politique (leadership) particulier. La situation change à la faveur de l'élection, le 12 octobre 1999, de Festus Mogae, ancien député du parti au pouvoir depuis 1992 et ancien cadre au Fonds monétaire international. Son mandat coïncide avec la médiatisation nationale et internationale de la gravité de l'épidémie du sida au Botswana. Il devient la première personnalité du pays à déclarer le sida comme « urgence nationale » et prend, par la même occasion, les rênes de la lutte contre le sida à travers la présidence du National AIDS Council [3, 15]. Le programme anti-sida est structuré autour d'une plate-forme baptisée ACHAP (African Comprehensive HIV/AIDS Partnership).

L'agence ACHAP, créée en 2000, est le fruit d'une collaboration avec la Fondation Bill et Melinda Gates et le laboratoire pharmaceutique Merck, Sharp & Dohme. Ce partenariat est précédé, succédé et accompagné d'une série d'autres accords qui fondent la coalition d'acteurs internationaux dans le champ du sida à Gaborone : le BOTUSA (gouvernement du Botswana et Centers for Disease Control – CDC d'Atlanta aux États-Unis) ; le Botswana Harvard Institute (gouvernement et Harvard Institute de Boston) ; le Secure the Future (gouvernement et firme pharmaceutique Bristol-Myers Squibb) [3, 15].

Le programme d'accès aux antirétroviraux, nommé MASA (« l'aurore », « le recommencement », en langue setswana) est lancé en janvier 2002. Dès le début, les autorités botswanaises décrètent et assurent la gratuité de ce programme pour tous les patients éligibles, à condition qu'ils soient de nationalité botswanaise [15].

La mobilisation politique atteint un de ses objectifs prioritaires : favoriser l'accès aux traitements du VIH/sida. Entre 2002 et 2005, le nombre de patients sous antirétroviraux et l'acceptabilité du dépistage prônée par les responsables de la santé publique ne semblent cependant pas se hisser à la hauteur des ambitions officielles du pays.

Dans ce contexte, le président Festus Mogae adopte une démarche symbolique et médiatique exceptionnelle. À la mi-novembre 2005, les téléspectateurs de la Botswana Television (BTV) assistent à un moment inédit qui va révéler, 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 se soumet en direct à un test de dépistage du VIH/sida. Cet acte proclame, en même temps, la volonté des sommets de l'état de provoquer un choc salutaire pour une campagne massive de dépistage et l'impuissance de ce même état à faire accepter l'offre inédite qu'il propose au public : la prise en charge médicale (trithérapies) complète et gratuite des patients victimes du VIH/sida [16].

Cette action participe de « l'État stratège ». Ce concept, analysé dans la configuration des états occidentaux, peut être appliqué au Botswana. Ce dernier illustre cet « *État stratège [qui] se présente donc comme un discours qui se situe à la fois dans l'ordre de l'analytique et du prescriptif (...). La réalité de l'État stratège et la représentation de celui-ci comme stratège prennent appui l'une sur l'autre* » [17]. En termes de leadership, Festus Mogae est un vecteur de cet « État militant », stratège, qui met le pouvoir en scène à partir d'objectifs précis, dans le but de prescrire une dynamique, en l'occurrence, le processus qui mène à la prise en charge des personnes infectées par le VIH/sida : sensibilisation, dépistage, prises en charge thérapeutique et psycho-sociale.

Trois ans après sa prestation « spectaculaire télévisée », Festus Mogae se présente à l'ouverture de la conférence internationale sur le sida, à Mexico, en août 2008. Il annonce sobrement que plus que 90 % des femmes enceintes infectées suivent un traitement relatif à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; de plus, il informe, dans le même élan, que plus de 80 % des patients éligibles au traitement dans son pays sont sous antirétroviraux, ce qui est un record en Afrique sub-saharienne.

Pour autant, la limite de ce modèle réside dans la faiblesse des mobilisations collectives associatives au Botswana. Ce qui le différencie de l'Ouganda et explique également la modicité des résultats du Botswana en termes de prévention.

De l'adhésion passive à une « révolution thérapeutique »⁵

« L'adhésion passive » aux directives internationales (1986-2000)

L'adhésion passive est la manière avec laquelle la majorité des états africains (dont la Côte d'Ivoire, le Cameroun et le Burkina Faso, par exemple) a adopté formellement les recommandations internationales du Global Programme on AIDS de l'OMS entre 1986 et la fin des années 1990. Deux critères principaux orientent cette posture : l'absence de leadership politique et la subordination des associations de lutte contre le sida aux personnels de santé ou aux agences de coopération internationale présentes dans ces différents pays. La déconnexion entre les acteurs de la société civile et la politique publique de lutte contre le sida a été un des premiers effets bien documentés par les recherches en sciences sociales.

La domination des « oligarchies biomédicales » sur les associations : d'une ambivalence à des réseaux d'action thérapeutiques

Dans la majorité des pays cités plus haut, les professionnels de la biomédecine, notamment les responsables sanitaires de la lutte contre le sida, ont servi de tête de pont aux laboratoires pharmaceutiques traditionnels. Dans ce cadre, ils ont mis à profit leur visibilité éprouvée depuis les années 1980-1990 dans le champ international de la lutte contre le sida pour intégrer des réseaux transnationaux dont les firmes pharmaceutiques font partie. Leur position stratégique entre le local et l'international en fait des « oligarchies biomédicales » [19].

⁵ Ce paragraphe reprend en partie une publication récente effectuée sur le même thème : Fred Eboko, « À l'articulation du national et de l'international : bref historique de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun ». In F. Eboko, C. Abé, C. Laurent, Eds, 2010 [26].

Avant la découverte des antirétroviraux, la majorité des pays africains dont il est question ici a manifesté une séparation des pouvoirs en déléguant la responsabilité de la lutte contre le sida aux médecins, à travers la direction des programmes nationaux de lutte contre le sida. Dans ce contexte, l'espace politique du sida était occupé par des médecins chargés de mettre en œuvre les plans préconisés par le programme mondial de lutte contre le sida (Global Programme on AIDS) de l'OMS, à savoir les plans à moyen terme (PMT1 et PMT2). Dans plusieurs configurations étudiées, les chefs d'état et chefs de gouvernement s'impliquaient relativement peu d'un point de vue médiatique, y compris quand le programme national de lutte contre le sida relevait des services du Président de la République ou du Premier ministre. Bien que le président sénégalais de l'époque, Abdou Diouf, ait solennellement exhorté ses homologues à prendre les rênes de la lutte contre le sida dans leurs pays respectifs, à l'occasion d'un sommet des chefs d'État africains tenu à Dakar en 1992, son appel a rencontré très peu d'effets.

Cette relative apathie politique et collective distingue fortement « l'adhésion passive » de « la participation active », comme de « l'État militant ».

Dans la majorité des pays en question, il fut surtout question de se servir de la problématique du sida comme d'une modalité d'échanges avec les partenaires et les organismes internationaux. Dans ces cas, la lutte contre le sida était simultanément accueillie comme une « priorité nationale » auprès des agences de coopération et des organismes de l'ONU et s'accompagnait, dans les relations internes au pays, d'une inertie qui a marqué beaucoup d'entre eux. Le cas du Burkina Faso, par exemple, donne à voir une « épidémie du silence » pour parler du sort des enfants, ainsi qu'un « État contre la santé publique » [20]. Dans celui du Cameroun, nous avons stigmatisé cette situation très répandue par une formule qui correspondait à cette tendance majoritaire en Afrique sub-saharienne, en parlant de « syndrome d'immuno-déficience politique acquise » [21]. Dans un cas comme dans l'autre, il était question de souligner le double langage des autorités politiques africaines, entre l'adhésion au discours sur le péril du sida en Afrique et la carence de « participation active ». En cela, les groupes sociaux mobilisés pour le changement social en Afrique, notamment pour le changement politique et la démocratie, ont aussi été remarquablement absents de la scène de la lutte contre le sida. Ce qui a globalement conforté les autorités africaines dans ce double jeu.

Le modèle de « l'adhésion passive », une configuration particulière du champ des associations de lutte contre le sida : de la subordination à l'émancipation progressive

Les cultures politiques de l'action collective, liées à des passés coloniaux différents, pays anglophones versus pays francophones en l'occurrence, expliquent sans doute pour partie que les premiers aient été plus enclins à engager ce type d'action collective. Pour autant, 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 (l'Ouganda, la Zambie et, un peu plus tard, la République sud-africaine) sont certains 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 correspondent à de véritables situations

de crise épidémiologique : Kampala en Ouganda [8], 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'Ivoire⁶, que sont d'abord apparues les associations les plus dynamiques et les plus actives [22]. 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 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 (par 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) [23, 24]. La capacité d'intervention des partenaires internationaux (ONG internationales et agences de coopération bi et multilatérales, etc.) a également joué un rôle significatif dans plusieurs pays, ces partenaires s'efforçant en général de s'appuyer sur l'action des ONG pour infléchir ce qu'ils perçoivent souvent comme les pesanteurs bureaucratiques des administrations.

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 ou qu'ils voient s'établir une dynamique épidémique importante (comme le Cameroun), les mobilisations des personnes vivant avec le sida ont donc eu, à l'exception de la Côte d'Ivoire [22], 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 sida elles-mêmes. Dans ces pays, les associations 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 PNUD (programme des Nations unies pour le développement). La Côte d'Ivoire a connu le plus tôt une autonomisation des associations, grâce à l'intégration de celles-ci à des réseaux d'ONG internationales et françaises, en particulier [22]. Le Cameroun représente une combinaison des types précédents. Les associations de personnes vivant avec le sida ont d'abord été créées à l'initiative de médecins hospitaliers, jouant en quelque sorte un rôle d'« agent double », à la fois comme soignants et comme présidents des principales associations de lutte contre le sida [25]. Puis, elles ont connu une évolution nette vers plus d'autonomie à l'égard du monde médical, renforcées 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.

⁶ 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.

L'Afrique entre véritablement sur la scène des antirétroviraux au cours de l'année 1997. Cette année-là, sur le continent, les premières grandes réunions internationales de spécialistes sur les prescriptions des molécules antirétrovirales se tiennent successivement à Dakar (Sénégal), à Abidjan (Côte d'Ivoire) et enfin à Yaoundé (Cameroun). Au-delà de ces trois pays, c'est une certaine diversité de l'accès aux antirétroviraux qui se dessine sur le continent africain, suivant des protocoles divers, des types différents de partenariats et des accords internationaux multiples.

Tableau 2
Taux de séroprévalence et prise en charge par antirétroviraux dans quelques pays

Pays	Année			% d'adultes et d'enfants à un stade avancé de sida, qui reçoivent des antirétroviraux**		
	2007 (15-49 ans)*	2008	2009	2007	2008	2009
Cameroun	5,1 %	–	7,57 %	–	39 %	46,46 %
Sénégal	1,0 %	–	0,7 %	–	64 %	75,60 %
Burkina Faso	1,6 %	2,0 %	–	–	48,10 %	47,03 %
Côte d'Ivoire	3,9 %	–	–	31 %***	–	–

* Unaid, 2008 Report on the global AIDS epidemic, Annex 1 : http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.

** Données UNGASS-AIDS, disponibles dans les rapports pays 2010, cf. www.unaids.org.

*** Rapport pour les pays 2010 non disponible.

L'exemple du Cameroun, en Afrique centrale, est symptomatique du passage de l'« adhésion passive » vers une transition plus active avec l'accès aux antirétroviraux.

Le Cameroun : de l'adhésion passive à la décentralisation active de l'accès aux antirétroviraux⁷

L'histoire de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun illustre la rencontre de plusieurs dynamiques, sociales, scientifiques et politiques. Depuis la conférence mondiale sur le sida de Vancouver en 1996, où furent présentés les premiers résultats démontrant l'efficacité des multithérapies antirétrovirales pour réduire la mortalité et la morbidité associées à l'infection à VIH, plusieurs étapes ont marqué les prises en charge thérapeutique et sociale des patients camerounais. Le paragraphe qui suit tente de mettre en lumière les principales périodes de ce processus, afin d'insister sur l'originalité, les perspectives et les chantiers que représente la politique d'accès aux antirétroviraux au Cameroun.

Un changement de rythme et d'échelle

Le 1^{er} mai 2007 marque l'aboutissement d'un processus. Depuis cette date, les médicaments antirétroviraux contre le sida sont gratuits pour les patients suivis dans toutes les unités de prise en charge et les centres de traitements agréés

⁷ Cette partie reprend et synthétise l'article de Fred Eboko, « À l'articulation du national et de l'international : bref historique de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun », in [26].

pour cette pathologie au Cameroun. Sur toute l'étendue du territoire national, les personnes éligibles au traitement, selon les recommandations nationales calquées sur celles édictées internationalement par l'OMS, peuvent accéder « gratuitement » aux multithérapies contre le sida.

La mutation du Global Programme on AIDS de l'OMS et la quasi-vacuité à la direction du comité national de lutte contre le sida camerounais, en 1997, renforcent le sentiment d'éloignement du Cameroun par rapport aux enjeux qu'implique l'après-Vancouver. En effet, en 1997, durant la période de vacance de sa présidence, le comité national de lutte contre le sida est dirigé par la Direction de la santé communautaire (transformée ensuite en Direction de la lutte contre la maladie). Le programme commun des Nations unies sur le sida (Onusida), né à Genève en 1996, n'enverra son premier représentant à Yaoundé qu'en 2000.

Une multinationale dans le débat de santé publique

En 1999, c'est la plus grosse entreprise privée du pays qui oriente et impose de nouvelles perspectives dans le débat concernant l'accès aux antirétroviraux. La société Alucam/Socatral à Edéa, qui a initié, depuis 1997, un programme de prévention du VIH au sein de ses employés et de la communauté environnante, qui prend en charge médicalement gratuitement les personnes atteintes (employés et familles), et demande au gouvernement l'autorisation de lancer un programme pilote de traitement antirétroviral au profit de ceux-ci. Le ministère de la Santé est face à un dilemme. Celui de l'équité. Comment accepter que des personnes soient mises sous traitement dans une société privée, sans que le reste de la population puisse bénéficier d'un accès équivalent ? L'autorisation est finalement accordée à Alucam, après moult débats, et le ministre de la Santé lui-même participe au lancement du projet « Tricam » (Trithérapies au Cameroun), fruit d'une collaboration scientifique et technique entre l'équipe du centre médical des entreprises de la Sanaga (clinique d'Alucam) et l'équipe du Pr Willy Rozenbaum (hôpital Rothschild, Paris). Au passage, Alucam opère un revirement complet de sa politique de communication sur la question du VIH : vécue jusqu'alors comme potentiellement stigmatisante pour l'image même de l'entreprise, la question du VIH devient à travers Tricam l'occasion d'affirmer que l'entreprise entend tout mettre en œuvre pour préserver son « capital humain ». Filiale du groupe Péchiney, qui dépêche à la cérémonie de lancement du programme son n° 2, Alucam va insuffler une dynamique dans le secteur privé, qui entraînera une prise de conscience dans nombre d'entreprises du Cameroun.

La mobilisation internationale et la baisse du prix des antirétroviraux

L'an 2000 offre de nouvelles opportunités au programme camerounais et, en particulier, à l'accès aux antirétroviraux. Plutôt que se tourner exclusivement vers le programme « Access », mis en place sur la base d'un partenariat négocié entre les organisations onusiennes (OMS, Onusida, etc.) et les multinationales pharmaceutiques au niveau mondial, le Cameroun est l'un des premiers pays africains qui s'efforce de mettre à profit l'avènement des génériques. Les analyses économiques qui seront rétrospectivement effectuées lui donneront raison : les baisses de prix massives des antirétroviraux de première ligne qui seront la condition nécessaire du passage à l'échelle des traitements du sida en Afrique n'auraient jamais pu être obtenues par la seule négociation internationale

avec les firmes détentrices des brevets, en l'absence de la pression concurrentielle introduite par l'arrivée sur les marchés des génériques. Dans le même temps, le Premier ministre de l'époque présente un plan stratégique d'urgence à l'ensemble du gouvernement et à ses partenaires (Onusida et Banque mondiale, notamment), le 12 septembre 2000, pour la période 2000-2005. Le Cameroun entame, alors, de manière concrète le processus de décentralisation de l'accès aux antirétroviraux. Le ministre de la Santé publique, nommé en 2000, transforme la présidence du groupe technique central du comité national de lutte contre le sida en secrétariat permanent. Dans la même logique, le ministre crée et désigne des centres de traitement agréés pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH par antirétroviraux⁸.

Entre 2000 et 2001, l'introduction des génériques et la mise à disposition d'antirétroviraux à prix coûtant dans les pharmacies hospitalières de l'hôpital Laquintinie de Douala (HLD) et de l'hôpital Central de Yaoundé (HCY) ont entraîné une forte hausse de la demande des patients (50 % par mois à l'HCY en 2001). À la fin de l'année 2001, le nombre de patients pour le HCY avait quintuplé [9, 10] et plus de 500 patients avaient entamé un traitement à l'hôpital Laquintinie de Douala⁹. Avant les premières baisses de prix, quelques centaines de patients sont officiellement sous antirétroviraux pour un coût qui avoisine 1 000 US\$ par mois et par personne.

En avril 2001, la réduction des prix des antirétroviraux liée à l'initiative Access est effective au Cameroun, avec des coûts résiduels à la charge des patients situés entre 22 000 à 68 000 FCFA/mois/patient, soit une réduction d'un facteur de 5 à 10.

Quatre initiatives politiques et économiques importantes vont ensuite achever de faciliter le passage à l'échelle des multithérapies du sida au Cameroun, depuis le début de la décennie 2000.

- La décision du 4 avril 2001, évoquée précédemment, était un protocole d'accord avec le représentant du laboratoire Merck Sharp & Dohme, commissionné pour représenter son laboratoire et quatre autres firmes pharmaceutiques. Ce protocole, dont les modalités sont demeurées confidentielles a abouti à une déclaration publique : à cette date, le prix d'une trithérapie baissait de plus de 90 % par rapport au prix antérieur. Outre l'importation des génériques, par le biais du laboratoire indien CIPLA, le Cameroun parvenait à trouver un équilibre entre les accords ADPIC (accords sur le droit de la propriété intellectuelle relatif au commerce), dont il est signataire et les priorités de santé publique qu'il s'était fixées. À cette occasion, le coût mensuel pour le patient passe en dessous de 70 000 FCFA (107 euros) pour un traitement de première ligne. Des décisions ministérielles en rapport avec des partenariats internationaux ont permis ensuite des baisses régulières du coût des traitements pour les patients.
- Dans le cadre des rounds du Fonds mondial, le subventionnement public des médicaments antirétroviraux a abouti finalement, depuis le 1^{er} mai 2007, à la gratuité de l'accès au traitement antirétroviral. À ces financements se sont ajoutés ceux en provenance de l'initiative dite « Unitaid ».

⁸ Décisions ministérielles n° 0178/DMSP/CAB et n° 0190/D/MSP/CAB.

⁹ Source : Jean-Baptiste Guiard Schmid, conférence internationale sur le sida et les maladies transmissibles (CISMA), Ouagadougou, 2001.

- Au Cameroun, à la fin 2009, on estimait à 75 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH éligibles pour une mise sous traitement immédiate sous antirétroviraux (sur la base du critère OMS, à cette date, préconisant la mise sous traitement systématique des personnes infectées avec un niveau de CD4 inférieur ou égal à 200 cc/mm³). Le programme national avait obtenu un taux de couverture de 46 % de ces besoins estimés [16], légèrement au-dessus de la moyenne de l'Afrique sub-saharienne. En juin 2010, la couverture des patients sous antirétroviraux au Cameroun est estimée à 50 %.
- Le Cameroun propose un modèle particulier, qui doit s'inscrire dans un débat économique et politique plus large sur le plan international [15-17].

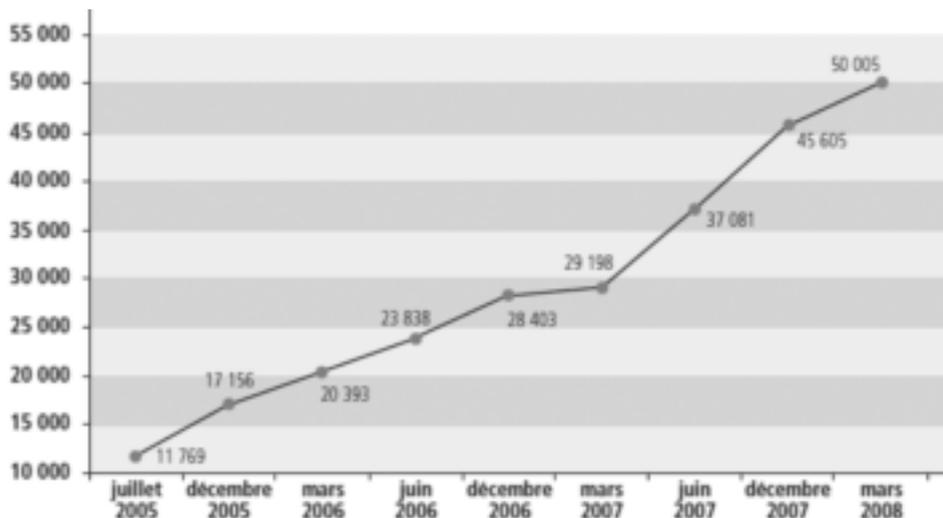


Figure 1
Évolution du nombre de patients sous antirétroviraux entre 2005 et 2008 au Cameroun

Pour conclure : des enjeux à affronter

L'exemple du Cameroun illustre le passage d'un modèle de réponse politique à un autre, mais permet, en même temps, de garder à l'esprit que le programme de décentralisation d'accès aux antirétroviraux s'est nourri de la mobilisation des réseaux de médecins, davantage que d'une mobilisation sociale de grande ampleur ou d'un leadership politique volontariste, à l'exception de quelques cas (Botswana, Ouganda, Sénégal).

Le second éclairage montre une adaptation d'une réponse politique déjà affirmée à l'enjeu de l'accès aux antirétroviraux. C'est le cas de « la participation active » des pays (Sénégal, Ouganda, etc.) qui ont poursuivi une action publique déjà élargie avant le passage à l'échelle. Le cas du Botswana manifeste une posture inédite, entre un leadership volontaire, proactif, offensif, mais une mobilisation associative, à l'inverse, assez faible. Pour autant, les résultats en termes de couverture d'accès aux antirétroviraux ne sont pas le simple reflet de l'ancienneté de la mobilisation politique. L'accès aux antirétroviraux représente certes une continuité de la lutte contre le sida, mais aussi et surtout une césure qui manifeste

des enjeux spécifiques. L'état des systèmes de santé devient un élément beaucoup plus crucial que pendant la période du « tout prévention » (1986-1996). Cette variable déplace le curseur de la politique publique vers des acteurs qui se situent à l'intérieur du système de santé et aussi en dehors de lui. Dans ce dernier cas, ce sont des « médiateurs de surcroît » [16], qui peuvent être des entreprises privées locales, des laboratoires pharmaceutiques, des associations nationales et/ou internationales ou encore des personnalités politiques de haut rang, assurant un leadership volontariste [18], à l'image de Festus Mogae au Botswana [15]. Dans un autre registre, le Cameroun et son programme de décentralisation de l'accès au traitement du VIH/sida manifestent un élan inconnu pendant les deux premières décennies de lutte contre le sida [26]. Sous cette nouvelle distribution des cartes de l'action publique contre le sida, les variables liées au maillage sanitaire du territoire national prennent un relief central. Les pays qui connaissent un effondrement des structures publiques sont aussi de ceux où la prise en charge des patients sous antirétroviraux est moins cohérente entre les différents acteurs (associatifs, privés, publics, nationaux, internationaux, etc.) Les défis internationaux et le péril annoncé de la baisse éventuelle des financements internationaux doivent provoquer la plus grande des vigilances. Ralentir la couverture de l'accès aux antirétroviraux dans la région du monde la plus éprouvée par l'épidémie ne serait pas seulement un drame africain, ce serait une catastrophe mondiale. Peu d'enjeux relie autant l'Afrique au reste du monde. La mobilisation dont il est question relève moins de la solidarité que du bon sens et du pragmatisme.

Références bibliographiques

1. Onusida, *Le point sur l'épidémie de sida*. Onusida, Genève, décembre 2009.
2. Eboko F, Nemeckova. AIDS-Challenge to health Security in Africa : Politics in Africa and Case Study on Botswana. In : Hans Gunter Brauch, *et al*, Eds, *Globalisation and Environmental Challenges : Reconceptualising Security in the 21st century*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 2009, 539-62.
3. Eboko F. Botswana, Cameroun : deux approches dans l'accès aux antirétroviraux. Numéro spécial Compte rendu de la XVII^e conférence internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008, Anrs, Paris. *Transcriptases* 2008 ; 138 : 51-4.
4. Kerouedan D, Eboko F. *Politique publique et sida*. Collection Travaux et documents, CEAN, Bordeaux, 1999, 73 p.
5. Eboko F. Law against morality ? Access to anti-AIDS drugs in Africa. *International Social Science Journal*. UNESCO, Paris, 2005, 715-24.
6. Eboko F. Patterns of Mobilization : political culture in the fight against AIDS. In : Amy S. Patterson, Ed, *The African State and the AIDS Crisis*. Ashgate Publishers, Aldersshot, 2005, 37-58.

7. Demange E. *La controverse « Abstain, Be Faithful, Use a Condom »*. *Transnationalisation de la politique de prévention du VIH/sida en Ouganda*. Thèse de doctorat : Science politique, Science Po Bordeaux. Université Montesquieu, Bordeaux 4, 2010, 726 p.
8. Fabing D. *Peut-on vaincre une épidémie sans traitements ?* Mémoire DESS Coopération et Développement, sous la direction de Richard Banégas et Fred Eboko. Université Paris I-Panthéon Sorbonne, département de science politique, Paris, 1998, 118 p.
9. Putzel J. Histoire d'une action d'État : La lutte contre le sida en Ouganda et au Sénégal. In : Denis P, Becker C, Eds, *L'épidémie du sida en Afrique sub-saharienne. Regards d'historiens*. Collection Espace Afrique, Karthala, Paris, 2006, 245-270, p. 261.
10. Seytre B. *Sida : les secrets d'une polémique*. Presses Universitaires de France, Paris, 1993.
11. Desclaux A, Lanièce I, Ndoye I, Taverne B. *L'initiative sénégalaise d'accès aux anti-rétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. Collection Sciences sociales et sida, Anrs, Paris, 2002, 260 p.
12. Paul Benkimoun. Botswana : une « success story » économique assombrie par le sida » *Le Monde Économie, L'Afrique noire revendique sa renaissance*, numéro spécial, 25 juin 2001, p. 3.
13. Médard JF. Consolidation démocratique et changement des élites au Botswana. Du parti dominant au bipartisme. In : Daloz JP, Dir, *Le (non-) renouvellement des élites en Afrique sub-saharienne*, Centre d'étude d'Afrique noire, Bordeaux 1999, 187-215.
14. Larmarange J. HIV Prevalence estimates : the new deal in Sub-Saharan Africa since 2000. In : Coriat B, Ed, *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPs, Public Health Systems and Free Access*. Edward Elgar, London, 2008, 169-89.
15. Chabrol F. Politique publique contre le VIH/sida au Botswana : réponse à l'urgence. *Terroirs. Revue africaine de sciences sociales et de culture (Yaoundé)* 2005 ; 1-2/2005 : 89-106.
16. Eboko F, Enguéléguélé M, Owona Nguini M. Cameroun Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique. *Télescope (École nationale d'administration publique, Québec Canada)* 2009 ; 15 : 52-67.
17. Chevallier J. L'État stratège. In : Badie B, Déloye Y, Eds, *Le temps de l'État. Mélanges en l'honneur de Pierre Birnbaum*. Fayard, Paris, 2007, 372-85, p. 384.
18. Balandier G. *Le pouvoir sur scènes*. Balland, Paris, 1992, 21.
19. Eboko F. Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun. *Autrepart* 1999 ; 12 : 123-40.
20. Desclaux A. L'État contre la santé publique. *Sociologie Santé* 1995 ; 13 : 85-91.
21. Eboko F. Risque-sida, pouvoirs et sexualité. La puissance de l'État en question au Cameroun. In : Courade G, Ed, *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*. Karthala, Paris, 2000, 235-62.
22. 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 Panthéon-Sorbonne, Paris, 1996, 153 p.
23. Mboj FL, « Les associations sénégalaises de PVVIH : genèse d'une participation décrétée », in : Diop MC, Benoist J, Eds, *L'Afrique des associations. Entre culture et développement*. Collection Hommes et sociétés, Karthala, Paris, 2007, 216-29.

24. Delaunay K. Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un « marché du sida émergent ». Cas ivoirien et sénégalais. In : Deler J-P *et al.*, Eds, *ONG et développement. Société, économie, politique*. Karthala, Paris, 1998, 115-41.
25. Eboko F, Mandjem YP. 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. In : Eboko F, Abé C, Laurent C, Eds, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Évaluation de l'expérience camerounaise*. Collection Sciences sociales et sida, Anrs, Paris, 2010, 269-85.
26. Eboko F, Abé C, Laurent C, Eds, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Évaluation de l'expérience camerounaise*. Collection Sciences sociales et sida, Anrs, Paris, 2010, 324 p.

Accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud

Propriété
intellectuelle
et politiques
publiques



édité par
Cristina Possas
et *Bernard Larouzé*

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

**Propriété intellectuelle
et politiques publiques
pour l'accès
aux antirétroviraux
dans les pays du Sud**

Édité par
Cristina Possas
et Bernard Larouzé

anRS

Agence nationale de recherches
sur le sida et les hépatites virales

Anrs - Collection Sciences sociales et sida
Copyright Anrs - Paris - juin 2013
ISBN : 978-2-910143-27-5
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