

Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun

Fred Eboko *

L'évolution de la lutte contre le sida au Cameroun pourrait être présentée comme une métaphore de la reproduction sociale et de la crise de l'État. En un peu moins de quinze ans de coopération internationale, les instances de la lutte contre le sida se sont diversifiées et ont été réintégré petit à petit dans des dynamiques endogènes plus anciennes. L'historique de la question du sida au Cameroun témoigne de stratégies d'acteurs locaux et étrangers autour d'un État dont la crise est contemporaine de l'avènement du sida. Les programmes d'ajustement structurel imposés par le Fonds monétaire international (FMI) ont accéléré l'effondrement relatif du pouvoir de redistribution – et donc de régulation sociale – de l'État camerounais depuis les années quatre-vingt. C'est donc à un État en cours de « désétatisation » [Médard, 1992 : 355-365] que revient la responsabilité de mettre en œuvre une politique publique inspirée et proposée par l'OMS: le Programme national de lutte contre le sida (PNLS). Du milieu des années quatre-vingt jusqu'à ce jour, la gestion du sida a mis en lumière des dynamiques de réorientation des ressources humaines, matérielles et symboliques générées par les organismes de coopération internationale. Ces dynamiques ont d'abord concerné les acteurs institutionnels, en l'occurrence une partie du personnel biomédical. Ainsi, les « cursus » administratifs des responsables successifs du PNLS attestent de stratégies de captation des ressources de l'extraversion et d'un « esprit d'entreprise » déjà analysés dans d'autres circonstances [Bayart, 1989].

Pour autant, les enjeux Nord-Sud autour de la question du sida ne se sont pas limités au pôle public et institutionnel. La nouvelle « société civile » s'est constituée dans le cadre de la transformation progressive des relations internationales en réseaux transnationaux, dans la dynamique du processus dit de « démocratisation ».

* Centre d'étude d'Afrique noire, Institut d'études politiques de Bordeaux, Laboratoire d'accueil « Sociétés, Santé, Développement », université de Bordeaux-II, CNRS/Upres A 5036.

Nos recherches sur le sida ont bénéficié de deux sources de financement: une allocation du Programme sida de l'Orstom-IRD (juin 1997-février 1998) et une bourse en cours de l'Agence nationale de recherche sur le sida (mars 1998-mars 2000). Nous remercions ces institutions et également Claude Raynaud, Michèle Cros, Annie Hubert et Marc-Eric Gruénais, sans qui nos recherches et cet article n'auraient pas vu le jour. En outre, nous tenons à manifester notre reconnaissance à celles et ceux qui ont enrichi cet article de leurs relectures critiques: Claude Fay, Karine Delaunay, Madina Querre, Franck Eisenberg et, enfin, Ibete Cathy Eboko.

Concernant la question du sida, les associations et ONG, d'abord constituées et dirigées majoritairement par une partie du personnel biomédical, ont vu ensuite émerger de nouveaux acteurs. Les parcours de ceux-ci semblent confirmer les dynamiques transnationales du champ du sida au Cameroun. L'ensemble de ce « marché » se structure de concert autour de la dialectique Nord-Sud et des aléas de la vie politico-administrative locale. De la sorte, les compétitions scientifiques, économiques, statutaires et symboliques opposent des acteurs dont la nationalité n'est qu'une variable secondaire. Les mobilisations collectives et transnationales (associatives), dont une partie commence à se cristalliser autour des personnes atteintes par le VIH-sida, sont aussi orientées par les dynamiques de stratification et de reproduction sociale. Par conséquent, l'ethos qui fonde la légitimité du pouvoir et de l'expression publique au Cameroun (la masculinité, la notabilité et la séniorité) est aussi celui qui semble organiser les ébauches et les limites actuelles d'un « mouvement social » autour du thème du sida. Les différents niveaux de l'investissement international dans l'univers du sida au Cameroun, présentés dans ce texte, visent donc à montrer des processus de reproduction et de régulation des instances du pouvoir politico-administratif, autant que les limites actuelles de l'action sociale contre le sida.

Coopération internationale et sida : de la division du travail social international

Une lutte sous perfusion : les dynamiques du Nord dans un pays en crise

La lutte mondiale contre le sida intervient au Cameroun dans un pays qui pénètre dans une crise économique marquée par une décroissance progressive du PIB. D'après un rapport de la Banque mondiale, rendu public en décembre 1994, entre 1985 et 1993, le PIB a baissé de 6,3 % par an¹, ce qui représente une chute cumulée de la consommation de 40 % en huit ans. Pendant cette période, les économistes soulignent que « c'est le pays d'Afrique qui a connu, à partir de 1985, la régression la plus forte » [Hugon, 1996 : 35]. Les deux Programmes d'ajustement structurel (PAS) conclus par le Cameroun, en 1988 et en 1991, avec le Fonds monétaire international (FMI) vont contribuer à accentuer les effets sociaux de la crise. Dans le cadre de ces PAS (qui ont par ailleurs échoué), les effectifs de la fonction publique sont revus à la baisse et les agents de l'État endurent des réductions salariales dont la moyenne est de 60 %. Les secteurs de la santé et de l'éducation sont les plus pénalisés par cette chute des ressources de l'État. Même si la part du budget de la santé par rapport au budget de l'État est restée relativement stable jusqu'en 1992-1993, ce budget connaît néanmoins une baisse sensible en volume et en proportion depuis cette date ; de 5,21 % en 1992-1993, il représente, en 1997-1998, 2,58 % du budget de l'État, selon les sources officielles². À l'inégalité chronique de la répartition du personnel de

1 *MFI Économie-Développement*, n° 960, 6 décembre 1994.

2 Ministère de la Santé publique [1998], *Plan national de développement sanitaire (PNDS) du Cameroun : 1999-2008*, Yaoundé, multigr. : 6.

santé sur le territoire camerounais se sont ajoutées la baisse des effectifs et une nette « démobilisation » de ceux-ci [Kamdoum, 1994]. C'est dans ce contexte qu'intervient la gestion de la question du sida au Cameroun.

Lorsque le Programme national de lutte contre le sida est créé en 1987, sous les directives de l'OMS, le Cameroun s'est déjà doté d'un comité de suivi sur le sida fondé deux ans plus tôt. Ce dernier est né au début de l'année 1985, alors que le premier cas de sida n'est pas encore diagnostiqué dans le pays. L'initiative du Global Programme on Aids (GPA) de l'Organisation mondiale de la santé ne se heurte donc à aucune réticence, ni administrative, ni politique, au contraire de ce qui s'est passé dans d'autres pays [Dozon, Fassin, 1989]. Au contraire, il rencontre un écho favorable auprès du personnel médical du ministère de la Santé publique dont la direction de la santé est aux commandes de la question du sida. Le directeur de ce service en 1985, responsable du premier Comité national de lutte contre le sida (CNLS), accède en toute logique à la tête du PNLs en 1987. Les directives uniformisées édictées par le GPA [Fassin, 1994] sont formellement reprises, avec des fortunes diverses. Le Cameroun fournit les locaux du ministère de la Santé et le personnel; les financements proviennent d'abord de l'OMS, puis des agences de coopération bilatérale et multilatérale [Eboko, 1996].

La mise en place des différents axes de l'action contre le sida relève depuis bientôt quinze ans de réponses administratives qui n'ont pas de traduction dans le débat politique local. De 1985 à 1998, les différents partenaires dont les financements et les réseaux ont transité par le Cameroun ont rencontré des acteurs, étatiques et « civils », qui ont capitalisé de manière variable ces apports extérieurs. Ainsi, chaque pan de l'aide relative au sida, chaque organisme public ou non gouvernemental qui est intervenu dans l'univers de cette lutte ont permis l'émergence de nouveaux statuts sociaux et la réappropriation progressive et concurrentielle d'un programme initié, en grande partie, à partir de sollicitations extérieures.

De l'OMS au PNLs: directives internationales, dynamiques locales

Le Programme mondial de lutte contre le sida (GPA-OMS) a initié la mise en place des plans à court et moyen termes, de manière verticale. Les procédures de gestion administrative qui répartissent les axes de l'action entre comité consultatif et exécutif sont respectées. Le Cameroun choisit de désigner une unité qui particularise et renforce l'action du président du PNLs: l'Unité de lutte contre le sida (ULS) qui chapeaute l'ensemble du dispositif [Eboko, 1996 : 136]. De la multiplicité des actions conduites par le PNLs sous les directives de l'OMS, deux axes peuvent éclairer notre propos: la mise sur pied des enquêtes quantitatives et celle des messages d'IEC (information, éducation, communication), notamment par voie médiatique.

Dès 1989, le GPA décide de lancer des enquêtes quantitatives CAP (connaissances, attitudes, pratiques) et CACP (connaissances, attitudes, croyances et pratiques). Comme le rappelle Michel Caraël, sociologue à l'OMS à cette époque, pour des budgets variant de 20 000 à 100 000 dollars, « une partie du financement se faisait à travers les programmes nationaux de lutte contre le sida, une partie était fournie par l'OMS. On recrutait pour ce type d'enquête entre 20 et 30 interviewers,

hommes et femmes » [Caraël, 1993 : 32-33]. Ces enquêtes ont pour vocation de saisir des tendances générales pour orienter et préciser les campagnes d'IEC. Le Cameroun s'est inscrit parmi la vingtaine de pays africains qui a effectué ces enquêtes auprès de « groupes cibles ». Dans le cas qui nous intéresse, d'autres partenaires, notamment des ONG américaines et la coopération allemande, se sont joints à l'OMS pour financer ces études conduites par des chercheurs nationaux. Ces actions, au Cameroun, ont « ciblé » en priorité quelques « groupes sociaux » : les « prostituées », les transporteurs, les scolaires et étudiants, puis les militaires. La dynamique de ces recherches et « l'ouverture » qu'elles offraient vis-à-vis des partenaires précités ont parfois produit quelques biais spécifiques, indépendamment des « forces et faiblesses » liées à toute recherche, en l'occurrence quantitative. Certaines études sur des groupes dits « à risque » se terminent par des conclusions presque contraires au contenu des rapports. Une tendance à conclure à la prétendue « aversion culturelle » du préservatif contredisait souvent des données plus complexes qui révélaient davantage une protection différentielle suivant le type de partenaire.

Ce type d'enquêtes a également donné lieu à des études plus rigoureuses et moins circonstanciées émanant d'autres institutions nationales et/ou internationales (Oceac, Iford, centre Pasteur). Reste que les enquêtes à visée « opérationnelle » commanditées par l'OMS au début des années quatre-vingt-dix se sont inscrites dans une dynamique de la demande à laquelle a répondu la création, au Cameroun, d'un institut privé spécialisé : l'Iresco (Institut de recherche et des études de comportements). Il s'est donc bien agi pendant quelques années de positionnement d'acteurs « nouveaux » intégrant un « marché émergent du sida » [Delaunay, 1998], dans un contexte de pénurie. Les professionnels confirmés en matière de sciences sociales et politiques concernant le pays étaient pour leur part majoritairement engagés (scientifiquement) sur un autre « front » : le processus de « démocratisation » [Courade, Sindjoun, 1996; Mehler, 1997].

Un autre volet témoigne des contradictions dans le champ du sida : la diffusion de l'information par les médias. Le PNLS a nommé très tôt un journaliste professionnel pour diriger sa section IEC. L'OMS elle-même n'a pas ménagé ses efforts pour impliquer les acteurs locaux, en finançant des réunions organisées par le PNLS où les représentants des principaux organes de presse (télévision, radio, presse écrite) se sont présentés. Il s'agissait de les former sur les MST et le sida afin qu'ils puissent, de manière régulière, faire passer des messages de sensibilisation et de prévention par leurs supports médiatiques.

En se fixant comme point de départ de ce regard sur les médias le mois de juillet 1995, date de la formation, on peut souligner quelques faits saillants. L'IEC est passablement absente de l'antenne de la CRTV, la télévision nationale³; à la radio, en dehors des antennes des radios de Douala, elle demeure inégale. Entre les derniers mois de l'année 1995 et le début de l'année 1996, l'Union européenne lance des spots quotidiens à la télévision camerounaise, dont l'audience ne pouvait être

3 La Cameroon Radio Television (CRTV) diffuse un feuilleton (en anglais) bien connu ailleurs en Afrique : *Sida dans la cité* / *Aids in the City*.

meilleure (en raison de la diffusion des matchs de football de la Coupe d'Afrique des nations de janvier 1996). Ils n'ont pas été suivis de réalisations locales et cela s'explique sans aucun doute par les financements qu'ont demandés un certain nombre de journalistes aux bailleurs de fonds, pour intégrer à leurs programmes respectifs la « bonne parole ». À l'issue de leur formation, le coût du « plan média TV » pour six mois est évalué à un total de 15,6 millions de francs CFA. Le plan d'action du « groupe radio » est évalué à 2,6 millions de francs CFA et, enfin, le « groupe presse écrite » évalue ses besoins à un montant de 1,3 million de francs CFA par journal, plus 2,4 millions de francs pour une « publication spécialisée » commune⁴.

Cependant, en mai 1997, un journaliste de la télévision décide de monter une série de spots diffusant des messages de sensibilisation mettant en scène des personnalités de la scène sportive et médiatique locale. Sans demander ni financement, ni contrepartie financière, plusieurs artistes acceptent, à titre gracieux, son initiative. Avec l'aide d'un cameraman, il réalise les petits spots qui passent quelque temps à la télévision nationale. Il souligne: « Cela ne m'a rien coûté et certains artistes sont partis de Douala à Yaoundé à leurs frais pour les enregistrements. Aucun d'eux ne m'a demandé le moindre sou » (entretien personnel, Yaoundé, juillet 1997). Au vu des chiffres qui précèdent, les pressions qui ont conduit à l'arrêt de cette action bénévole ne nécessitent pas de commentaire particulier.

Coopération bi- et multilatérale: financements et positionnements locaux

Les principaux partenaires du Cameroun présents sur place ont participé peu ou prou à la lutte contre le sida. L'Union européenne a mis en place trois projets depuis 1987: un projet « jeunes », un autre sur la sécurisation transfusionnelle (réaménagement des banques de sang) et, enfin, un programme de formation du personnel de laboratoire. Ce dernier programme s'est appuyé sur le responsable de la section recherche au PNLS, à l'époque le D^r P. N., qui était devenu « la référence camerounaise » de l'Union européenne dans la lutte contre le sida. Son expérience et les compétences qui lui étaient reconnues dans ce secteur ont permis à ce spécialiste en immunologie d'asseoir sa réputation. Ceci n'est pas sans rapport avec la création, en 1995, d'une unité de production de kits de tests de dépistage du VIH (Camdiagnostic) dont l'ancien partenaire de l'Europe est le promoteur et qui bénéficie de financements canadiens et camerounais⁵. Entre-temps, le D^r P. N. est devenu « professeur agrégé » et a dirigé le PNLS pendant neuf mois en 1998; jusqu'à sa nomination à la tête de la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé. Pour leur part, les ONG américaines et l'Usaid se sont surtout illustrées par leur action en matière d'IEC, de financement des recherches quantitatives aux côtés de l'OMS (FHI, Aidschap) et surtout du marketing social du préservatif, initié par le PSI (Population services international). Avant de se retirer officiellement de la sphère camerounaise, le PSI a contribué à la création d'un pro-

4 Ministère de la Santé publique [juillet 1995], *Rapport: Séminaire-Atelier de formation des communicateurs des médias publics et privés sur les MST-sida*, PNLS/OMS/GTZ/Aidscap, 70 p.

5 *Sidalerte*, 45, août 1995: 23.

gramme du même type dirigé par des Camerounais qui furent ses collaborateurs (enquêteurs, commerciaux): le PMSC (Programme de marketing social camerounais). Bien entendu, le PSI demeure le partenaire privilégié du PMSC. On retrouve dans cette structure, essentiellement, des commerciaux dont une partie a participé aux enquêtes CAP du début de la décennie. Ceux qui sont restés dans la « recherche » ont surtout intégré la structure créée à cet effet: l'Iresco. Après une période de financements actifs du PNLS et des recherches « sociocomportementales », la « Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit » (GTZ, agence de coopération technique allemande) a orienté son investissement vers des structures dites de proximité. Cette action s'est heurtée, selon une responsable de la GTZ, à certaines associations dont l'existence et l'action se sont limitées quelquefois au temps du financement. L'action la plus suivie de la GTZ en matière de soutien de la lutte de proximité concerne l'association des personnes vivant avec le VIH dont la GTZ finance les activités et le local obtenu par cette association, depuis peu, hors des structures hospitalières de Yaoundé où elle siégeait. Le soutien de la France en matière de sida se répartit entre deux pôles. Le Fonds d'aide et de coopération (FAC) occupe la partie septentrionale du pays, finance les actions en matière de recherche, d'IEC, et s'est nouvellement engagé dans la prise en charge psychosociale des personnes atteintes par le VIH-sida. L'autre volet de l'action de la France concerne le réaménagement et l'assainissement des hôpitaux de Douala et Yaoundé. La mission française de coopération vient de créer, à l'hôpital central de Yaoundé, un « hôpital de jour » pour les patients concernés par le VIH-sida.

Il est intéressant d'appréhender la manière avec laquelle les acteurs successifs à la tête du CNLS depuis 1985 ont capitalisé les ressources humaines, symboliques et statutaires, induites par les différents partenaires du Cameroun dans la lutte contre le sida.

La direction et l'action menée à la tête des PNLS africains sont, en général, des révélateurs des dynamiques d'investissement du champ biomédical et politico-administratif de chaque pays. Au Cameroun, l'évolution des acteurs qui ont occupé la tête du PNLS permet d'engager une réflexion en termes de « cursus ». Ceux-ci montrent, à travers une sphère immergée dans des relations internationales, des trajectoires typiques d'une situation socioéconomique difficile qui est en partie tempérée par les ressources liées à la lutte contre le sida. Le chevauchement de plusieurs positions (public-privé, étatique-civile) est un thème récurrent de la science politique africaniste, qu'illustre bien le contexte du sida au Cameroun; à cette nuance près que le but ultime du « cursus » et du chevauchement (*straddling*) a rarement eu de vocation politique, au sens électoral, pour les acteurs concernés ici.

« Le straddling ne se réduit pas à ce simple constat d'une sommation statique de positions. [...] Il ne s'agit pas en effet seulement d'additionner des positions diverses, mais d'utiliser une position pour en obtenir une autre, dans le même mouvement renforcer la position précédente ou changer de position en passant d'une position moins importante à une position plus importante » [Fauré, Médard, 1995 : 304].

En définitive, ces stratégies et ces cursus consistent à prendre appui sur une ou plusieurs institutions d'appartenance pour pénétrer un ou plusieurs réseaux que l'acteur s'approprie ensuite de manière personnalisée. Il semble utile de préciser

que cette appropriation ne débouche pas nécessairement sur des pratiques illicites qui sont par ailleurs dénoncées officieusement. Quelques exemples illustrent cette logique du « cursus ».

En 1985, le Pr. L. K. fonde le premier CNLS, deux ans avant les directives de l'OMS. Lorsque ces dernières interviennent en 1987, le professeur d'hématologie accède au rang de directeur du PNLS. À la création du CNLS, le Pr. L. K. est inspecteur général de la santé publique et hématologue au CHU.

La Conférence internationale sur le sida (CISA), tenue à Yaoundé en décembre 1992, est le premier point d'orgue révélateur de son positionnement. Maître d'œuvre de cette rencontre, le directeur du PNLS s'affirme, au sein des partenaires étrangers, comme un interlocuteur de premier choix. En 1993, il quitte le PNLS. Tout en restant à son poste au CHU, il devient le président local d'une ONG internationale dont le siège social était à Lyon : Sidalerte internationale. Il est accompagné à cette époque par le D^r L. Z., médecin biologiste, secrétaire général local de la même ONG et qui fut le secrétaire exécutif de ladite Conférence de Yaoundé. Depuis 1993 où le Pr. L. K. quitte le PNLS jusqu'à présent, son nom est resté assimilé à la lutte contre le sida au Cameroun. Au près du grand public et des médias, sous-informés sur la situation locale du sida, le Pr. L. K. est resté au long de toutes ces années le « Monsieur sida » du Cameroun.

L'introduction de la question sensible des antirétroviraux (ARV) au Cameroun illustre les ambiguïtés des logiques transnationales et des cursus induits ou reproduits par le sida. Après la réunion de Dakar, concernant les ARV en Afrique, le Cameroun a, à son tour, abrité un plateau international de spécialistes pour la « prise en charge thérapeutique des personnes victimes du VIH-sida » en novembre 1997. L'initiative relevait du laboratoire pharmaceutique MSD (Merck Sharp & Dohme) qui a financé ces « sessions de formation ». Le promoteur local de cette manifestation était le Pr. L. K., « en lieu et place » du PNLS qu'il avait quitté quatre ans plus tôt. La raison donnée par le représentant français de ce laboratoire britannique est sans appel : c'est « le Professeur » qui figurait dans son carnet d'adresse. L'acteur camerounais a assis la légitimité de la cérémonie en l'organisant sous l'égide de la faculté de médecine et des sciences biomédicales dont il fait par ailleurs partie. Deux grands absents marquaient le début des travaux : le PNLS et les représentants des personnes atteintes. À la faveur de travaux d'un intérêt et d'un niveau incontestables, auxquels participaient des spécialistes issus de trois pays (Cameroun, Côte-d'Ivoire et France) et reconnus pour leur compétence scientifique, on a assisté finalement à un événement dans l'organisation duquel les principaux intéressés ont été « oubliés », du fait d'une collusion d'intérêts et des modes particuliers de la reconnaissance internationale.

Une autre figure significative de ces processus est le membre de l'équipe du « Professeur » qui prend la tête du PNLS en 1993. Ce jeune médecin, très actif en matière de publications scientifiques sur le sida, est recruté en 1994 par l'agence de coopération technique allemande et affecté dans un pays anglophone africain. À l'occasion de la création de l'Onusida, il est engagé par le nouvel organisme et affecté cette fois à Genève depuis 1998.

À la fin de l'année 1995, c'est un « aîné » qui reprend la tête du PNLS. Après s'être illustré dans la recherche et la sensibilisation sur le sida chez les militaires,

c'est un médecin-colonel bénéficiant de multiples collaborations étrangères qui entre en scène. À partir de 1996, et parallèlement à ses activités au PNLS, « le Colonel » Mpoudi Ngolé coordonne un projet de recherche biomédicale et clinique du Programme sida de l'Orstom au Cameroun. Ce projet de recherche sur la variabilité génétique du VIH 1 est installé à l'hôpital militaire. En avril 1997, la direction du PNLS lui est retirée. Il garde la coordination du projet franco-camerounais, en plus de ses autres prérogatives sanitaires et militaires.

L'exemple du partenaire privilégié de l'Union européenne relève lui aussi de la construction de la logique du cursus. Chef de la section recherche du PNLS aux débuts de ce dernier, responsable du programme de la Commission européenne pour la formation des techniciens de laboratoire, chargé de cours puis professeur à la faculté de médecine, promoteur de Camdiagnostic, nommé directeur du PNLS en 1998, P. N. devient doyen de la faculté de médecine en 1999. Bien entendu, le rapport avec la vie politique locale, les incontournables « équilibres ethnorégionaux » et les processus sociohistoriques de stratification sociale [Bayart, 1979; 1989] sont directement imbriqués aux modalités de légitimation internationale de ces cursus. En effet, depuis le remaniement ministériel de décembre 1997, une querelle insidieuse semble opposer le ministère de la Santé et celui de la Recherche scientifique à propos du sida. Le nouveau ministre de la Recherche demande que tout ce qui concerne la recherche scientifique relève de sa tutelle, y compris la recherche sur le sida. Il a sollicité des institutions françaises en ce sens. Le nouveau ministre de la Santé revendique la responsabilité « patrimoine sida » et la conserve. Fort de la légitimité acquise à la direction régionale de l'OMS pour l'Afrique pendant une décennie, il procède à une refonte de la direction administrative en charge du sida. L'orientation du CNLS vers un Groupe technique central (GTC), composé de huit conseillers placés directement sous sa tutelle depuis le début de l'année 1999, témoigne de la volonté du ministre d'asseoir son autorité et son expérience dans l'univers du sida au Cameroun. Cette nouvelle dynamique institutionnelle semble aussi répondre à la volonté de « dépersonnalisation » de l'organe exécutif en charge de la lutte contre le sida. Pour autant, ce sont donc deux personnalités de même rang qui se sont « opposées » au sein du gouvernement, pour la gestion du sida. Cette « politisation » récente du sida ne peut être intelligible si on ne précise pas d'abord que les deux ministres sont issus de deux partis politiques différents au sein de « la majorité présidentielle » et, ensuite, que les ressources internationales du sida représentent un capital symbolique important pour celui qui en est le premier responsable.

Coopération, ONG, associations et État : les dynamiques plurielles de la dissonance internationale

La recherche scientifique : acteurs transnationaux, actions internationales sur un site propice

Depuis le début de la lutte contre le sida au Cameroun, la recherche biomédicale fondamentale et/ou clinique est le domaine où se rencontrent les idéologies de la manière la plus marquée et parfois contradictoire. C'est un des thèmes sur lesquels les chercheurs locaux ont refusé la problématique misérabiliste de

l'Afrique. Deux principes ont été soulignés de manière récurrente: les compétences des « Africains » en matière de recherche (avec son corollaire, le « manque de moyens ») d'une part et, d'autre part, la nécessité, formelle, de respecter toutes les procédures et les étapes de validation des recherches scientifiques (notamment par la confrontation de toute « découverte » à la critique et à l'approbation de la communauté scientifique mondiale). La presse officielle s'est inscrite de manière active dans cette trajectoire à chaque fois qu'un acteur institutionnel local ou un chercheur africain était ou pouvait être mis en cause. Lorsque des chercheurs kenyans ont annoncé la découverte du « Kemron » (un interféron) au début de l'année 1990, P. N., alors responsable de la recherche au PNLS, pouvait rappeler:

« L'Afrique a un retard par rapport aux pays occidentaux [...] à cause du manque de moyens. Cependant, [...] il existe des laboratoires de référence en Afrique et des Africains bien formés qui ont travaillé dans des laboratoires en Occident et qui peuvent réaliser des travaux d'un niveau élevé. [...] Toute découverte scientifique, qu'elle provienne de l'Afrique ou pas, doit être soumise à la critique des spécialistes mondiaux » [*Cameroon Tribune*, 18 avril 1990].

Le Cameroun fut ainsi un des cinq pays africains à soumettre le Kemron à des essais cliniques en 1990, sous le contrôle de l'OMS. Au bout de six semaines d'essai sur une vingtaine de malades, l'initiative devait être arrêtée pour cause de résultats insatisfaisants à moyen et à long termes. Le directeur du PNLS à l'époque, pouvait ainsi insister sur le fait que « l'OMS est un organisme qui travaille selon des critères scientifiques rigoureux. [...] [Elle] a demandé à ce que des études soient faites de façon scientifique et qu'on apporte la preuve irréfutable que le produit est vraiment actif. [...] Le produit doit d'abord passer par le cheminement scientifique » [*Cameroon Tribune*, 25 juillet 1990].

Du point de vue des recherches fondamentales, le Cameroun est le théâtre d'une intense activité internationale, depuis la découverte d'un sous-type du VIH 1 (sous-type O qui n'a été trouvé que sur des patients camerounais) au début de la décennie. Depuis cette époque, *tous* les sous-types connus du VIH 1 (sous-type M) ont été trouvés sur des patients camerounais. La remarquable variabilité du VIH 1 et la très grande diversité de ses sous-types trouvés au Cameroun placent de fait le pays au centre d'intérêts scientifiques capitaux. En outre, la forte homologie génétique et phénotypique des lentivirus simiens et du VIH 2, puis la plus relative parenté entre certains de ces SIV et le VIH 1 confortent l'intérêt majeur de ces recherches [Simon, Mauclère *et alii*, 1998 : 1032].

Dans son édition datée du 3 septembre 1998 et livrée dès la veille suivant sa tradition, le quotidien français *Le Monde* annonce la découverte d'un « nouveau virus » du sida au Cameroun. L'information révèle que « des chercheurs français ont découvert un nouveau virus du sida au Cameroun » et précise qu'il s'agit d'un nouveau sous-type du VIH 1 découvert par une équipe du centre Pasteur de Paris, « en collaboration avec le docteur [français] Philippe Mauclère (centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé) ». La presse camerounaise rentre en scène dès le 3 septembre, c'est-à-dire le lendemain de la parution du *Monde*. *Cameroon Tribune*, le quotidien national bilingue, souligne la découverte du « nouveau virus »; il annonce qu'il « existe à présent le VIH 3 », « une équipe de chercheurs

français et camerounais [étant] à l'origine de cette découverte ». Le bihebdomadaire privé, *Mutations* (Yaoundé), intervient quelques jours plus tard pour souligner une « démarche de vulgarisation scientifiquement incorrecte », puis fustige « l'ignorance manifeste de la quasi-totalité des chercheurs du sida – du moins ceux qui travaillent au Cameroun – au sujet du nouveau virus⁶ ».

Les relations sociales tissées entre les organes de presse et leurs sources locales expliquent que la découverte de l'équipe du centre Pasteur de Paris, en collaboration avec celui de Yaoundé, ait pris les médias camerounais de court. En effet, le centre Pasteur de Yaoundé, qui est officiellement une institution camerounaise et régie comme telle par un décret présidentiel, passe pour être le « laboratoire des Blancs ». Les réseaux locaux de capitalisation des ressources et de promotion administrative ne passent que très peu par le centre Pasteur.

La dynamique de recherche y est incarnée par la coopération française, puisque son directeur est français. Nous avons déjà souligné les modalités de la « sélectivité » de l'information sur le sida par les différents médias camerounais. C'est par le prisme du « politique » qu'on peut saisir les motivations des journalistes qui ne vont pas « chercher » l'information au centre Pasteur, étant entendu qu'il n'y a ni « l'aîné social » qui permettrait de politiser l'information, ni l'attrait du *per diem* (le *gombo*, en terme local) qui les conduit aux réunions et séminaires financés par quelques bailleurs internationaux. Deux autres faits indépendants viennent rajouter à la « confusion ». En premier lieu, la démarche des scientifiques, comme à l'accoutumée, s'est dirigée vers les canaux susceptibles à leurs yeux de la valoriser: une revue scientifique de renom, un journaliste spécialisé (médecin) au sein d'un quotidien français. Ensuite, *last but not least*, si l'équipe du Cameroun était bien binationale, pour la recherche précise en question, il n'y avait aucun scientifique local mais des techniciens qui formaient ce que le Dr Mauclère a appelé son « équipe de choc ». Les publications précédentes du centre Pasteur, ayant impliqué des scientifiques camerounais, hors réseaux politico-administratifs, n'avaient provoqué ni l'euphorie des journaux locaux, ni leur courroux. Pourtant, des équipes « mixtes » formées de locaux et d'Occidentaux se sont lancées depuis quelques années dans ces travaux sans que la presse soit toujours au fait de leur évolution.

Dans ce contexte, trouver deux équipes différentes sur le « même terrain » n'est pas surprenant. Lorsque des recherches similaires sont pratiquées sous la responsabilité scientifique de laboratoires issus d'un même pays (la France), l'État camerounais peut se muer en spectateur d'oppositions qui frisent quelquefois « l'incident diplomatique » franco-français. Celui-ci masque alors, dans ces cas, sous les labels « nationaux », des compétitions scientifiques qui opposent des laboratoires français entre eux et des équipes franco-camerounaises entre elles.

Des logiques similaires président à la répartition et à l'action des associations de lutte contre le sida au Cameroun.

6 *Le Monde*, 3 septembre 1998; *Cameroon Tribune*, 3 septembre 1998; *Mutations*, 14 septembre 1998.

Une répartition géographique inégale et significative : centres et périphéries d'une dynamique Nord-Sud

Sur les 66 associations répertoriées par le PNLS, les deux tiers (51) sont basées à Yaoundé, la capitale administrative et politique, dans la province du Centre qui en compte au total 53. Au-delà du listing officiel, d'autres structures associatives et actives ne figurent pas dans la ligne de mire du PNLS.

Sur les dix provinces administratives que compte le pays, quatre ne comportent officiellement aucune structure associative relative au sida : l'extrême Nord (à la frontière du lac Tchad), la province du Nord, l'Est province frontalière de la République centrafricaine et le Sud qui est « représenté » sur la liste par un cabinet médical qu'on peut difficilement considérer comme une « association ». Douala et la province du Littoral comptent quatre associations. Limbé et le Sud-Ouest possèdent quatre organisations de ce type. L'Ouest et Bafoussam, son chef-lieu, sont représentés par une association dont le président n'est autre que le vice-président d'une ONG internationale basée à Yaoundé. Cette ONG internationale est répertoriée à Yaoundé et on peut penser que l'association de Bafoussam, vu ses objectifs affichés, est un continuum provincial de l'organisation sise dans la capitale, même si les dénominations officielles diffèrent. Le Nord-Ouest et Bamenda possèdent deux ONG. Une enquête menée sur place a permis de rencontrer trois autres structures très actives, non recensées par les services de Yaoundé. Enfin, la province de l'Adamaoua (voisine du Centre et du Nord) compte une association de développement rural ayant choisi de mener des campagnes IEC.

Cette répartition géographique suit une logique duale entre la proximité des organismes internationaux et les initiatives de mobilisation contre le sida. La GTZ couvre trois provinces : le Littoral, le Sud-Ouest et le Centre. Elle y finance les projets d'IEC et surtout soutient les différentes activités de l'association des séropositifs et leurs proches dont elle est le principal support financier. La mission française de coopération vient de financer la création d'un hôpital de jour à Yaoundé destiné aux patients atteints du VIH-sida. Le Fonds d'aide et de coopération (FAC, France) couvre la province du Nord pour les activités d'IEC et les initiatives en matière de prise en charge des patients de cette province, avec la participation de l'AFSU de Yaoundé dont les membres sont en train de créer une antenne dans le chef-lieu du Nord, Garoua⁷.

Les autres provinces sont sujettes à un « vide » relatif que tentent de combler des actions de missions chrétiennes, comme à Kumbo, petite localité du Nord-Ouest, où l'hôpital de la Mission catholique héberge des personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida. Les frontières camerounaises sont particulièrement pénalisées par leur éloignement du « centre » du pays et, de fait, du « Cameroun utile »... Ces associations montrent à leur tour des processus de capitalisation des partenaires étrangers. C'est l'illustration du projet sida conduit par l'Église évangélique du Cameroun (EEC) et l'ONG française « L'Appel ».

7 Pour les missions assignées au FAC-sida en Afrique, voir Kereoudan [1998 : 207-219].

Le programme sida EEC-L'Appel : une illustration de l'enjeu Nord-Sud

En 1994, le « département jeunesse » de l'EEC à Douala et l'association française « L'Appel » lancent un programme sida. L'Appel finance des campagnes d'IEC et la formation des jeunes animateurs issus de la jeunesse évangélique de Douala. Les financements de L'Appel pour ce programme sont assurés par l'Union européenne. Après quatre années d'activité, le programme compte 153 animateurs opérationnels dont les actions se répartissent sur 12 régions synodales et 30 « antennes » correspondant chacune à un arrondissement camerounais. L'action circonscrit deux grandes provinces camerounaises, le Littoral et l'Ouest. Les jeunes de ce programme sida sont de fait inféodés à deux tutelles : celle de la hiérarchie de l'Église et celle des partenaires parisiens. Ce double ancrage place les animateurs bénévoles dans une position que les conflits au sein de la hiérarchie de l'EEC rendent inconfortable. Leur formateur et interlocuteur au sein de l'église, un médecin, subit la tutelle de l'autorité proprement religieuse qui voudrait avoir un contrôle plus direct sur le programme sida et les jeunes. Dans le même temps, les partenaires parisiens tentent de passer outre ces conflits en insistant sur l'action des jeunes qui doivent rendre des comptes, conformément au contrat entre l'EEC et L'Appel. Les déplacements de ces jeunes (qui se répartissent en étudiants et jeunes travailleurs) et leurs activités personnelles représentent, pour les acteurs français, des soucis qui semblent majeurs. L'action sida intervient ici dans un contexte où ces jeunes (de 18 à 30 ans) essaient de s'autonomiser par des voies multiples, avec les contraintes sociales récurrentes dans les villes africaines [Marie, 1997]. L'action contre le sida relève de choix spirituels mais est aussi le moyen d'être en contact avec « l'étranger » par l'intermédiaire des deux médecins français qui sont leurs principaux interlocuteurs réguliers.

L'impression qu'ont ces jeunes d'être « surveillés » plus que de raison n'est pas fortuite. Ils sont au centre d'enjeux dont ils sont simultanément un maillon lointain et la ressource humaine principale. La diversification des activités que L'Appel souhaite apporter au programme (prise en charge psychosociale des personnes atteintes) les place en position de force grâce au partenaire français mais les met dans une posture délicate face aux désaccords des « anciens » de l'église. En définitive, le programme sida de l'EEC-L'Appel représente donc l'interface de trois logiques qui peuvent conduire à une aporie : L'Appel finance ce programme sida grâce à l'apport de la coopération française et de l'Union européenne (100 millions de francs CFA en cinq ans), les cadres de l'EEC fournissent et encadrent les jeunes bénévoles qui agissent sur le « terrain » au nom de leur foi religieuse et des liens « fraternels » renforcés par cette mobilisation commune. À la fin de l'année 1999, le projet arrive officiellement à son terme pendant que chacune des trois parties en question se demande si l'action entreprise contre le sida survivra à l'arrêt des financements.

*Les personnes infectées et affectées au cœur du dispositif
« communautaire » à Yaoundé : le mouvement social contrarié ?*

L'association des Frères et Sœurs unis (AFSU) regroupe des personnes atteintes et des personnes affectées par le VIH-sida, en l'occurrence les veuves et

les orphelins⁸. Implantée officiellement à Yaoundé, Douala et Limbé (Sud-Ouest), l'association vit surtout dans la capitale camerounaise. À Douala, elle est inféodée à la Society for Women Against Aids in Africa (la SWAA) qui est en quelque sorte son porte-voix et le principal « pôle sida » de la société dite « civile » dans la capitale économique.

Depuis sa naissance légale en 1994 jusqu'à son début de reconnaissance par les médias en 1998, l'histoire de l'association témoigne d'un « cursus » individuel et collectif significatif de l'ensemble de la situation camerounaise. L'AFSU représente d'abord la volonté d'un homme dépisté en 1987, alors qu'il avait 20 ans. Ce patient asymptomatique va devenir un allié de poids pour les médecins. De cas clinique, il devient vite un partenaire précieux des médecins dans l'annonce de la séropositivité. Son engagement, sa bonne santé et sa bonne volonté lui valent la reconnaissance et l'empathie d'une grande partie de l'univers du sida. C'est après une réunion internationale à Londres en 1991 et la confrontation amicale avec des associations anglophones africaines qu'il décide de suivre l'exemple « associatif ». Après un passage commercial dans une ONG américaine, il crée donc l'AFSU. Cette association est restée presque inconnue du grand public jusqu'en 1998. Pendant quatre ans elle obtient néanmoins des soutiens internationaux, notamment celui de la GTZ. Pour autant, son action se limite à de la solidarité entre membres : soutien psychosocial, petites aides matérielles aux veuves et orphelins. Le volet « revendicatif » ou militant semble hors d'atteinte malgré la volonté des membres d'être entendus par les responsables « d'en haut » dont les décisions engagent leur devenir. La stigmatisation générée par cette « maladie de la honte » et le contexte de dramatisation des messages de prévention (« le sida tue ») n'aident pas les membres de l'AFSU à sortir de l'ornière.

Ils effectuent des témoignages en petits groupes et les médecins les sollicitent pour témoigner à « visage découvert » à la télévision. L'exclusion subie par une sociétaire de l'association, après un témoignage télévisé, fait désormais partie de la « mémoire » de l'association : retrait des enfants, séparation familiale, éviction de certains centres de soins et décès. L'appel aux « témoignages » est un idiome qui répond aussi à une stratégie de certaines ONG dont certains projets sont financés dans ce sens. Elles peuvent ainsi remplir une fonction « d'opérateur » et d'intermédiaire entre le bailleur et « les séropositifs » dont la seule parole entendue semblait être dictée par certaines ONG légitimées par les médecins qui les dirigent.

Le cursus du président de l'AFSU le situe à l'interface de deux logiques. Il est en face de la double gestion de sa promotion socioprofessionnelle et de la reconnaissance individuelle acquise dans le « milieu transnational » du sida d'une part et, d'autre part, du souci constant de capitaliser ces facteurs au profit de l'association sans être « le visage du sida » qu'on voudrait qu'il devienne.

La double tutelle des hôpitaux publics où siégeaient l'association et des ONG promues par des « agents doubles » (agents de l'État et responsables d'ONG) fut

8 « *Infected and affected people* », suivant la terminologie anglaise reprise par Christophe Cornu [Cornu, 1998 : 30-34].

pendant quatre ans le lot quotidien de l'AFSU. La particularité sociologique de l'effectif de cette association aggravait cette double inféodation : la situation sociale de la majorité des membres, des veuves ou des mères célibataires notamment, relève souvent de l'indigence.

La proximité de la tutelle administrative rendait difficile l'affirmation de leur autonomie par rapport au pouvoir biomédical. En outre, le fait d'attendre que les projets proposés à des bailleurs de fonds soient d'abord construits par des ONG intermédiaires relativisait encore plus leur capacité d'initiative. Les représentations sociales de la maladie, la « médicalisation » ou le catastrophisme du discours officiel rendaient caduques toutes leurs velléités de contestation du monopole exercé par les médecins. Quelle est la logique d'une prévention dont le maître mot est « le sida tue » et qui appellent aux témoignages télévisés de personnes dont le but est de « vivre avec » ? Le sida illustre, à sa manière, une mystique du lien social au Cameroun, de manière similaire aux représentations sociales et politiques du thème de la sorcellerie (accusations arbitraires, cibles et victimes désignées en fonction de rapports de domination, notamment). Cela semble aussi valable dans la dynamique des rapports Nord-Sud, dans la stratification sociale et politique, que dans les relations homme-femme et aîné-cadet. Pour cette raison, le sida peut être comparé à un « virus sorcier » [Eboko, 1999]. Lorsque les personnes atteintes sont « poussées » à témoigner à visage découvert au motif de « convaincre les Camerounais que le sida existe », on atteint un point majeur de cette mystique du lien social. D'abord parce qu'il n'existe pas de lien de cause à effet entre l'expansion de la pandémie au Cameroun et une « (non-) croyance au sida » et, ensuite, parce que le coût social de cette confrontation avec le public semble impossible à assumer pour les personnes atteintes, dans la situation actuelle. Le préalable qui serait de dédramatiser le sida dans l'optique de faire accepter qu'on peut « vivre avec » n'est pas atteint. L'exemple des exclusions familiales subies par des membres de l'association, en l'occurrence des femmes, à la suite de témoignages publics, incite à la prudence. Ce n'est que très récemment que la presse a commencé à réaliser qu'une meilleure connaissance de l'association, de ses objectifs et de ses difficultés est un enjeu important⁹ et une condition préalable pour « médiatiser » ce nouveau lien social en construction autour de l'association, « banaliser » le fait de vivre avec le VIH et, enfin, éviter un effet de démonstration et d'exposition spectaculaires de la « maladie ». C'est dans cette optique que l'on commence à prêter aux personnes atteintes « un rôle central à jouer dans la mise en œuvre du programme en raison du leadership qu'elles exercent dans ce domaine » [*Le Messenger*, 2 décembre 1998], après avoir été l'objet de stigmatisation ou de curiosité compassée.

Depuis 1997, l'association est rejointe par des personnalités qui veulent promouvoir leur action : journalistes, comédiens, chercheurs ou enseignants.

Pour autant, il serait illusoire, pour l'instant, de voir dans la dynamique développée autour de l'AFSU un « mouvement social ». Celui-ci se distingue d'une

9 Avec la collaboration de l'AFSU, nous avons soumis au journal *Mutations* un article présentant l'association, son histoire et ses objectifs. Cf. Fred Eboko, « Vivre avec le VIH au Cameroun. À partir de l'association des Frères et Sœurs unis », *Mutations*, 152, 21 septembre 1998 : 15.

simple mobilisation collective car il désigne, par définition, une action contre le pouvoir institutionnel [Neveu, 1996 : 11]. L'ensemble des travaux sur l'action collective et les mouvements sociaux s'accordent sur un point central qui distingue la première des seconds : leur tendance historique à la politisation. Ainsi peut-on souligner qu'un mouvement social est « la signification la plus haute d'une action conflictuelle, dans laquelle un sujet se dresse contre les méthodes de rationalisation des acteurs dirigeants, met en cause leur pouvoir, la façon dont ils pensent et dirigent l'historicité » [Wieviorka, 1995 : 209]. Dans l'exemple du Cameroun, la remise en cause du pouvoir biomédical n'est pas à l'ordre du jour. Le leadership de l'association est assuré par un jeune homme dont l'ascension et le statut actuel sont liés au pouvoir des médecins et à la reconnaissance des réseaux transnationaux marqués par le même pouvoir. Même dans les cas de détournement de fonds dénoncés par l'association des personnes atteintes, elles se résignent au silence et évitent la confrontation directe avec les « responsables », arguant que « la puissance » de ces derniers leur serait préjudiciable. En outre, les représentations sociales de la maladie relèvent encore du registre de la « honte » et altèrent l'efficacité d'une action publique de la part des personnes atteintes, si cette initiative est isolée. Pour cette raison les « nouveaux acteurs civils » qui commencent à entourer l'association peuvent contribuer à la légitimation de certaines de leur revendications.

C'est grâce à ce type de collaboration que l'action collective peut s'orienter vers un mouvement social qui pourrait amener l'ensemble de la société camerounaise à se reconnaître peu ou prou dans la lutte contre le sida. La situation est donc différente de celle qui a promu par exemple un mouvement social pour la démocratisation. Celui-ci épousait des répertoires disponibles et reconnus socialement, car « tout mouvement social est confronté à une palette préexistante de formes protestataires plus ou moins codifiées, inégalement accessibles selon l'identité des groupes mobilisés » [Neveu, 1996 : 21]. Il n'est pas exclu que la légitimité des personnes ressources de l'association n'aide pas à une meilleure visibilité de cette dernière. Néanmoins, il semblerait encore précoce de parler d'une « épidémie progressiste » comme le suggère D. Durand à propos de la France [Durand, 1996 : 301-305] ou d'une fonction de « réformateur social » comme l'évoque C. Cornu dans le cas d'Abidjan [Cornu, 1996; Defert, 1989]. Au Cameroun, comme dans d'autres pays africains francophones, il s'est agi jusqu'à présent de ce nous pourrions appeler une « épidémie du conservatisme » que quelques éléments tentent petit à petit d'infléchir ou de « civiliser » en face du pouvoir biomédical.

*

L'évolution de la question du sida au Cameroun révèle des processus internationaux classiques. La gestion des déséquilibres mondiaux, via les organisations internationales, induit des réseaux particuliers et procure à certains acteurs les moyens de réorienter ceux-ci à leur profit et de les « capitaliser ».

L'exemple camerounais illustre une problématique ancienne d'instrumentalisation de l'opposition Nord-Sud que l'État camerounais maîtrise de manière magistrale. Avant que surgisse le problème du sida et parallèlement à lui, ces

stratégies transnationales, qui dépassent les États sans les nier totalement, ont donné lieu à des analyses désormais classiques. Ainsi, peut-on reprendre, dix ans après, cette analyse de J.-F. Bayart :

« Loin d'être prisonniers de leur très réelle vulnérabilité, les gouvernements africains usent, parfois avec talent, des ressources d'une dépendance dont on ne soulignera jamais assez combien elle est savamment fabriquée, autant que prédéterminée » [Bayart, 1989 : 48].

De la même manière, et parlant de sida, Didier Fassin a insisté sur l'impossibilité heuristique « de traiter des faiblesses et des carences des programmes nationaux comme une simple question technique, ponctuelle et isolée. En fait, écrit-il, elles mettent en cause des problèmes politiques, structurels et globaux de la santé publique et de la coopération internationale » [Fassin, 1994 : 2].

L'évolution des logiques de la lutte contre le sida au Cameroun semble mettre en exergue deux tendances, voire deux ethos : un ethos de la manducation politique favorisée par certains réseaux transnationaux d'une part, et, d'autre part, un ethos d'une solidarité réelle « par le bas » qui se construit lentement autour des personnes atteintes. Ces dernières commencent à prendre la véritable mesure du « combat », aidées en cela par des acteurs locaux et étrangers. Ces différents réseaux, qui sont loin d'être étanches, montrent petit à petit une volonté « civile » et transnationale, elle aussi, de prendre part à une lutte contre la pandémie mais aussi, plus insidieusement, contre le pouvoir biomédical. Ce dernier a su anticiper en premier sur la demande des organisations internationales qui prônaient l'action d'une société dite « civile ». La question des soins et du soutien aux malades, autant que celle de la prévention rencontrent des volontés disparates mais réelles qui visent à infléchir le monopole du discours et de l'action « normative » de la biomédecine sur les relations sociales et la gestion personnelle des corps en temps de sida. Ce qui semble s'ébaucher pourrait représenter l'alternative à ce que Michel Foucault appelait la « biopolitique », à savoir « le droit de faire vivre et de laisser mourir » détenu par le pouvoir médical [Foucault, 1997 : 214]. La réorganisation, début 1999, de la lutte contre le sida, insufflée par le nouveau ministre de la Santé, la dynamique de communication et d'information destinée à impliquer le plus grand nombre d'acteurs locaux possibles et l'ambition d'ériger le district de santé (cellule de base de l'organisation sanitaire) permettent sans doute d'envisager de nouvelles perspectives au Cameroun. Le recul vis-à-vis de cette dynamique n'est pas encore suffisant pour en tirer des analyses significatives.

L'inflexion venue de la société civile emprunte elle aussi les voies de la solidarité internationale, parfois des ressources similaires dans un contexte où la bipolarité Nord-Sud cesse d'être opératoire. Elle cède le pas à un espace où « le citoyen passe de moins en moins par son État pour pénétrer la scène internationale, tandis que la société civile s'internationalise sans trop de difficultés » [Badie, Smouts, 1992 : 17].

La lutte contre le sida, malgré des apparences dépolitisées, s'opère au sein de l'espace politique de la santé qu'il faut analyser avec précision pour insister sur les niveaux de l'enjeu : « incorporation de l'inégalité, pouvoir de guérir et gouvernement de la vie... » [Fassin, 1996 : 4]. Lorsque les autorités camerounaises, il y a dix

ans, évoquaient une « catastrophe » alors que leur pays était classé parmi les moins atteints en Afrique, et qu'elles miment aujourd'hui le même ton d'une urgence très réelle – « la séroprévalence est passée de 0,5 % en 1988 à 6,5 % en 1997, soit une augmentation de 130 % en neuf ans dans la population générale [Ministère de la Santé, *PNDS 1999-2008, op. cit.*] –, elles expriment une tactique et une formalité politiques. Celles-ci peuvent leur permettre ensuite d'évaluer les besoins du PNLs à 1,5 milliard de francs CFA¹⁰. Par là même, l'État africain montre qu'il participe à des dynamiques internationales dont il gère des priorités sans les choisir. Il sait, et le montre, que sa position officielle de receveur se double de celle d'un client chargé d'agir pour « contenir la maladie », là où elle est censée être potentiellement la plus problématique pour le reste de la planète. Au vu de certaines incohérences internationales dans le champ du sida en Afrique noire, il conviendrait néanmoins de distinguer certains niveaux de responsabilité et d'investissement. Si la réalité de l'Afrique est incontestablement marginale et vulnérable, elle ne peut néanmoins faire l'économie d'une question essentielle déjà posée par Mathieu Verboud : « Qui oublie l'Afrique sinon ceux qui sont justement chargés de s'y intéresser ? » [Verboud, 1997 : 25].

BIBLIOGRAPHIE

- BADIE B., SMOUTS M.-C. [1992], *Le Retournement du monde. Sociologie de la scène internationale*, Paris, Presses de la FNSP et Dalloz, 249 p.
- BAYART J.-F. [1979], *L'État au Cameroun*, Paris, Presses de la FNSP.
- BAYART J.-F. [1989], *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard, 439 p.
- CARAËL M. [1993], « Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique: forces et faiblesses », in J.-P. Dozon, L. Vidal (éd.), *Les Sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan, Gidis-Orstom: 27-37.
- COURADE G., SINDJOUN L. (éd.) [1996], *Le Cameroun dans l'entre-deux. Politique africaine*, Paris, Karthala.
- CORNU C. [1996], *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, Panthéon-Sorbonne, Paris-I, 153 p.
- CORNU C. [1998], « Émancipation et engagement des personnes atteintes, réduire l'écart », Genève, ANRS, *Le Journal du sida*, Transcriptas, numéro spécial: 30-39.
- DEFERT D. [1989], « Le malade réformateur », *Sida 89*: 14-17.
- DELAUNAY K. [1998], « Des ONG et des associations: concurrences et dépendances sur un "marché du sida" émergent. Cas ivoirien et sénégalais », in J.-P. Deler et alii (éd.), *ONG et Développement. Société, économie, politique*, Paris, Karthala: 115-141.
- DOZON J.-P., FASSIN D. [1989], « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, 7 (1): 21-36.
- DURAND D. [1996], « Le sida, "épidémie progressiste" ? », in J. Benoist, D. Desclaux (éd.), *Anthropologie et Sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala: 301-305.
- EBOKO F. [1996], « L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida », *Politique africaine*, 64: 135-145.
- EBOKO F. [1999], « Risque-sida, pouvoirs et sexualité. La puissance de l'État en question au Cameroun », in G. Courade (éd.), *Le Cameroun face à ses incertitudes*, à paraître.

10 *Le Messenger*, 2 décembre 1998.

- FASSIN D. [1994], « La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 5 : 2-3.
- FASSIN D. [1996], *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Puf, 324 p.
- FAURE Y., MÉDARD J.-F. [1995], « L'État-business et les politiciens entrepreneurs », in Y. Faure, S. Ellis (éd.), *Entreprises et Entrepreneurs africains*, Paris, Karthala: 289-309.
- FOUCAULT M. [1997], *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France 1976*, Paris, coll. « Hautes études », Gallimard-Le Seuil, 283 p.
- HUGON Ph. [1996], « Sortir de la récession et préparer l'après-pétrole: le préalable politique », *Politique africaine*, 62: 35-44.
- KAMDOUM A. [1994], *Planification sanitaire et Ajustement structurel au Cameroun*, Paris, Les Dossiers du Ceped, 23, 37 p.
- KEROUEDAN D. [1998], « La Coopération française et la lutte contre le sida en Afrique francophone: le cas de la Côte-d'Ivoire, 1987-1997 », *Observatoire permanent de la coopération française 1998*, Paris, Karthala: 207-219.
- MANN J. [1996], « L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités. Un défi », *Prévenir*, 30: 217-224.
- MARIE A. (éd.) [1997], *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala, 438 p.
- MÉDARD J.-F. [1992], « Étatisation et désétatisation en Afrique noire », in J.-F. Médard (éd.), *États d'Afrique noire. Formations, mécanismes et crises*, Paris, Karthala: 355-365.
- MEHLER A. [1997], « Cameroun: une transition qui n'a pas eu lieu », in J.-P. Daloz, P. Quantin (éd.), *Transitions démocratiques africaines*, Paris, Karthala: 95-138.
- NEVEU É. [1996], *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, coll. « Repères », La Découverte, 123 p.
- SIMON F., MAUCLÈRE P. *et alii* [1998], « Identification of a New Human Immunodeficiency Virus Type 1 Distinct from Group M and Group O », *Nature Medicine*, 4 (9): 1032-1036.
- VERBOUD M. [1997], « Le confort du silence des sciences sociales », *Le Journal du sida*, 94: 24-28.
- WIEVIORKA M. [1995], « Plaidoyer pour un concept », in F. Dubet, M. Wiewiorka (éd.), *Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine*, colloque de Cerisy, Paris, Fayard: 209-220.