

RÉAPPROPRIATION DU PARADIGME DE LA SÉCURITÉ FACE AU SIDA EN AFRIQUE : DIFFUSIONS, CONFUSIONS, INVERSIONS

Fred EBOKO et Fanny CHABROL

Depuis l'apparition du sida en Afrique sous sa forme épidémique, cette maladie a connu des tentatives de régulation politique, de la sphère internationale aux arènes politiques et sanitaires locales. L'expansion de la pandémie du sida dans le monde au cours de ces trois décennies (1980, 1990, 2000) s'est traduite par des évolutions qui soulignent l'unité d'une tragédie, la relative diversité des dynamiques épidémiologiques et la variété des réponses internationales et nationales. La première réponse institutionnelle au niveau international fut la création du Global Program on Aids (GPA) au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986 et la création au sein de la majorité des États des Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) ou National Aids Committee (NAC). De 1986 à 1996, le maître mot de la politique internationale de lutte contre le sida fut « la prévention » et la sécurité transfusionnelle. Les problèmes de coordination des activités des différentes agences des Nations unies impliquées dans la gestion du problème du sida et, surtout, l'échec patent du « tout prévention » ont conduit à l'abandon du GPA en 1996 pour la création du Programme commun des Nations unies sur le sida (ONUSIDA) qui regroupe les principales agences de l'ONU et la Banque mondiale. Ce milieu des années 1990 fut dans le même temps celui d'autres changements notables au niveau international, avec la validation scientifique et la publication de l'efficacité des antirétroviraux

(ARX) et des trithérapies à la conférence internationale sur le sida tenue à Vancouver en 1996. Alors que cette découverte majeure provoquait au Nord une baisse significative des décès liés au VIH/sida (par exemple, plus de 80 % de baisse de ces décès dans les hôpitaux parisiens, suite à la généralisation des trithérapies dès la fin 1996), les pays du Sud, et en particulier les pays d'Afrique subsaharienne continuaient de payer le plus lourd tribut à la maladie. Plus de 25 millions d'Africains vivent actuellement avec le VIH et 55 % d'entre eux sont des femmes. En l'an 2001, les instances internationales estimaient déjà que près de 15 millions d'Africains étaient morts du sida depuis le début de l'épidémie¹. Ces chiffres indiquent une réalité brute : aucune guerre, aucun phénomène et aucune épidémie n'ont soustrait à l'Afrique autant de vies, à aucune période de son histoire. Le sida constitue l'épidémie la plus mortelle de l'histoire de l'humanité. C'est dans ce contexte que cette pandémie a questionné « l'ordre du monde », sous la forme du paradigme de la sécurité adopté au sein de l'instance du Conseil de sécurité des Nations unies en janvier 2000. À partir du début de l'année 2000 en effet, on peut considérer que le VIH/sida n'est plus envisagé uniquement comme un problème de santé publique mais comme un enjeu de sécurité : une menace à la sécurité nationale pour les États les plus affectés par l'épidémie et aussi pour les États (occidentaux) qui perçoivent désormais cette situation comme une menace extérieure pour leur propre sécurité : plus que le risque de contagion d'un continent à l'autre c'est le risque d'une profonde déstabilisation des États du fait des conséquences du sida qui est perçue comme une menace de sécurité. L'enjeu que recouvrent la notion de sécurité des États africains et celle d'un certain « ordre du monde » constitue la première partie de ce texte, en partant de l'international, puis en l'illustrant à partir de l'exemple du Botswana qui est en proportion le pays d'Afrique et du monde le plus touché par le VIH/sida.

Les dynamiques de l'expansion du sida, en Afrique subsaharienne produisent et/ou renforcent concomitamment de nouveaux repères dans les relations internationales. Ces différents pôles internationaux de ce que Marc Dixneuf a appelé « la gouvernance mondiale de la santé publique² » (ONU, ONUSIDA, OMS, Conseil de Sécurité, etc.) qui s'illustrent dans la lutte contre le sida, en particulier pour l'Afrique, mettent en lumière la place de celle-ci dans une perspective abrupte. La problématique de l'accès aux médicaments permet d'illustrer les trajectoires de cette « gouvernance mondiale » et de ce que Denis Altman a nommé, non sans provocation « l'industrie du sida³ ». Il s'agira de montrer comment est intervenue la question de la baisse des prix des

ARV, notamment pour le continent le plus éprouvé par la maladie. La place des organisations non gouvernementales internationales (ONGI) dans cette mobilisation permet de mettre en perspective la question de la sécurité sanitaire et celle de la construction politique de la réponse différenciée des États africains. Ici nous nous centrerons sur le cas de Médecins sans frontières (MSF) pour les ONG et sur l'exemple du Cameroun.

Le lien entre les deux pays que nous présentons consiste à mettre en parallèle une situation « atypique » qui est celle du Botswana et une plus « typique » représentée par l'exemple camerounais. Dans un cas nous pourrions parler de « participation active » et dans l'autre « d'adhésion passive », en confrontant des notions de « culture politique » face au sida⁴. Face à cette alternative, plusieurs instances internationales posent les jalons d'un nouveau rapport au continent et la mobilisation transnationale des organisations non gouvernementales en faveur de l'Afrique atteint une ampleur médiatique inédite.

L'importance de la sécurité dans le champ du VIH/sida en Afrique aujourd'hui

Au tournant du troisième millénaire, le champ du VIH/sida et la perception internationale de l'épidémie ont sensiblement changé sous l'impulsion de la plus importante autorité internationale dans le domaine du maintien de la paix et de la sécurité internationale, le Conseil de sécurité de l'ONU. Se saisissant, en janvier 2000 et pour la première fois de son histoire d'une question de santé mondiale, le Conseil de sécurité évoquait l'épidémie du VIH/sida comme la prochaine menace à la sécurité internationale, « l'enjeu de sécurité numéro 1 en Afrique ». Cette réunion marque un tournant non seulement parce qu'elle entérine une perception spécifique de l'épidémie du VIH/sida, notamment sur le continent africain (menace de sécurité), mais également parce qu'elle ouvre peut-être la voie à de nouveaux développements dans le domaine de la lutte internationale contre le sida (priorités en termes de prévention et de traitements). Elle est suivie de peu par la réunion spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida en juin 2001 à l'issue de laquelle une déclaration d'engagement est signée par l'ensemble des États membres de l'ONU. Lors des débats, les États, notamment les États du Nord, ont promis de renforcer leurs contributions financières au profit de la lutte contre le sida, par l'intermédiaire de la création d'un Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme⁵.

On peut également considérer que le VIH/sida et son ampleur en Afrique ont participé de l'élargissement de la notion de sécurité, qui est en cours depuis plusieurs décennies. Le concept de sécurité en relations internationales a en effet connu une refonte en profondeur depuis la fin de la guerre froide, une évolution qui est cependant toujours l'objet de débats entre les partisans de l'approche traditionnelle et les tenants d'une nouvelle vision élargie et approfondie de la sécurité⁶. Comme d'autres phénomènes sanitaires à l'échelle mondiale, l'épidémie du VIH/sida participe à cette évolution de la notion de sécurité à la fin du XX^e siècle. L'existence de menaces, qui ne prennent plus nécessairement la forme de menaces étatiques mais dont le caractère est considéré comme tout aussi dangereux et déstabilisateur, englobe désormais les menaces sanitaires ainsi que les différentes menaces intra-étatiques et transnationales comme le terrorisme⁷. Surtout, l'épidémie du VIH/sida semble coïncider plus exactement avec l'avènement de la notion de « sécurité humaine » développée par le PNUD au début des années 1990 dans la mesure où celle-ci associe étroitement la sécurité individuelle à la sécurité sanitaire, alimentaire, environnementale, économique et sociale.

Les arguments contenus dans ce discours sont construits sur des observations de la vie sociale et politique présentées comme des caractéristiques des États africains. L'Afrique est tout d'abord incontestablement l'épicentre de l'épidémie de VIH/sida. Le continent compte plus de 70 % des personnes touchées par le VIH/sida au monde. Certains États de la région australe enregistrent des taux de prévalence alarmants dépassant parfois 30 % de la population adulte (Botswana, Swaziland, Zimbabwe). En l'absence de traitements disponibles à grande échelle dans la plupart des pays africains, les prévisions démographiques sont alarmantes, notamment en termes de chute de l'espérance de vie. Alex de Waal, directeur de la Commission de l'ONU sur le VIH/sida et la gouvernance en Afrique, fonde par exemple son analyse sur la chute de l'espérance de vie adulte pour établir des projections sur l'impact du VIH/sida sur la gouvernance en Afrique⁸. De Waal rejoint sur certains points d'autres auteurs dont les analyses reposent plus explicitement sur la notion de capacité de l'État (*State capacity*⁹). La baisse de l'espérance de vie a des effets sur la structure économique du pays : chute de l'épargne et de l'investissement, augmentation des coûts de formation et de remplacement des travailleurs malades ou décédés. La baisse des chances de vie à l'âge adulte risque à son tour d'avoir des effets directs sur la cohésion sociale, la croissance économique et la prise de décision mais ces effets ne sont pas encore précisément mis en évidence. De Waal note encore qu'en Afrique, en présence de systèmes de type

patrimoniaux, « parmi les effets secondaires de la réduction de l'espérance de vie pourrait figurer un renforcement de l'autoritarisme, de la répression, du mépris pour les droits de l'homme et même de la violence civile ¹⁰ ». L'association entre le sida et les enjeux de sécurité permet à ces analystes d'établir des probabilités de nouveaux conflits ou d'explosion de violence du fait du VIH/sida. Le phénomène des orphelins du sida nourrit ces études tout comme la question des enfants de la guerre, qui sont envisagés comme de futurs enfants des rues, risquant de devenir de nouveaux esclaves désespérés et s'adonnant à la violence gratuite.

Dans la manière dont l'épidémie de sida épouse les nouveaux contours de la notion de sécurité, c'est le rapport de corrélation entre l'épidémie de VIH/sida, le système politique et la situation de paix ou de guerre qui est en question. Dans ce discours, la relation entre le sida et la sécurité apparaît à bien des égards comme une spécificité africaine. Le VIH/sida est envisagé primordialement comme un facteur d'aggravation de nombreux éléments de déstabilisation déjà présents en Afrique qui acquièrent une nouvelle dangerosité sous le prisme de la sécurité. Ce sont les équilibres sociaux et politiques déjà précaires qui risquent d'être sévèrement mis en cause dans l'ensemble des scénarios qui font du sida une menace de sécurité nationale. Pourtant, devant l'inflation d'analyses sur le sida et la sécurité en Afrique, il convient d'engager une réflexion critique sur les fondements et les implications d'un tel raisonnement. L'emploi de la prospective montre tout d'abord qu'il s'agit souvent de suppositions et donc de projections. On est en présence d'une construction rhétorique qui s'appuie sur des appréhensions (légitimes par ailleurs) et non sur des réalités tangibles. De nombreux auteurs reconnaissent d'ailleurs volontiers les lacunes qui existent à ce niveau. Pour comprendre de façon pragmatique les effets d'une telle vision sécuritaire de l'épidémie, il paraît judicieux de mettre en évidence les mécanismes d'appropriation de ce discours par les États africains eux-mêmes, concernés au premier niveau. À cet égard, la théorie de la « sécurisation » développée dans les années 1980-1990 par l'école de Copenhague présente un intérêt certain. Elle permet en outre d'accorder plus d'importance à la dynamique et au processus par lequel un objet se transforme en enjeu de sécurité (sécurisation), de voir quels en sont les acteurs et quelles rationalités président à ce mouvement ¹¹ en mettant l'accent sur la logique de la sécurité elle-même. En cela ces travaux incitent à analyser la logique du discours.

Les travaux menés par Buzan, Waever, de Jaap montrent que l'on peut établir une distinction entre les processus de « politisation » et de « sécurisation » d'un problème pour lesquels la nature et la qualité de la

menace différent. Les menaces existentielles, les mesures d'urgence, la survie, sont des thèmes propres à la « grammaire de la sécurisation » qui permettent de différencier les deux processus. La politisation d'un objet est à l'inverse la garantie que cet objet demeure ouvert, soumis au débat public. Lorsqu'il est question de sécurisation en revanche, il s'agit d'un mouvement qui consiste à renvoyer le politique au-delà des règles du jeu. Cette théorie engage à rechercher les caractéristiques intrinsèques de la sécurisation : le fait qu'un problème soit présenté comme une menace existentielle, car il requiert des mesures d'urgence et justifie des actions en dehors des frontières normales de la procédure politique¹². Ce processus passe la plupart du temps par l'État et le problème qui devient un enjeu de sécurité ne l'est pas nécessairement parce qu'il s'agit d'une véritable menace existentielle mais précisément et uniquement parce que le problème est présenté comme tel. Un processus de sécurisation réussi ne peut se faire sans l'accord, le consentement de la population (« l'audience »).

Dans le cas du Botswana comme dans celui du Cameroun, aucun des deux items relatifs ici à la sécurité (militaire, sanitaire) n'a donné lieu « automatiquement » à une réappropriation locale immédiate.

L'appropriation du discours sur le sida et la sécurité dans les États africains : le cas de la politique publique du VIH/sida au Botswana

Dans ce contexte, le Botswana apparaît à plusieurs égards comme un cas d'étude intéressant. Le Botswana est présenté et reconnu par de nombreux observateurs comme un modèle en Afrique et parmi les pays du Sud en général. Depuis son indépendance en 1966, le Botswana connaît un régime démocratique ; des élections libres et régulières ont été organisées tous les cinq ans. En plus de quatre décennies, le pays a connu des transformations économiques sans précédent qui sont souvent interprétées comme la condition de l'avènement d'un « État providence » qui fournit des services d'éducation et de santé gratuits à tous les habitants. Au début des années 1990, le Botswana est sorti de la catégorie des « pays pauvres » pour devenir un « pays à revenu intermédiaire » (selon les classements de la Banque mondiale et du PNUD). Les particularités économiques et politiques du Botswana le distinguent couramment de ses pairs au niveau de la région (de plus le Botswana s'est toujours tenu à l'écart des régimes de type apartheid qu'ont connus plusieurs États de la région) et du continent de façon plus globale.

Le Botswana détient pourtant depuis quelques années un triste record : celui d'être le pays au monde le plus touché par l'épidémie de sida, en

termes de proportion de la population. Parmi le 1,7 million d'habitants, 38,7 % des adultes (15-49 ans) sont touchés par le VIH/sida, selon l'ONUSIDA. Le premier cas de sida a été diagnostiqué en 1985 et, depuis, la propagation de l'épidémie a été exponentielle. Cette situation épidémiologique est aujourd'hui la plus sévère au monde et les prévisions démographiques sont alarmantes notamment en termes de décroissance de la population. Le Botswana compte 1,7 million d'habitants en 2004 ; en 2025, la population serait de l'ordre de 1,1 million et en 2050 de 1 million de personnes¹³. Compte tenu de cette configuration, plusieurs observateurs s'accordent à penser que si la tendance ne s'inverse pas de manière décisive, le Botswana, en tant qu'État, pourrait « cesser d'exister » ou « être rayé de la carte¹⁴ ». Ces opinions prédominantes semblent rejoindre, dans une certaine mesure, le discours très engagé en faveur de la lutte contre le sida, tenu par les autorités botswanaises. Au début de l'année 2000, le gouvernement a déclaré le sida « urgence nationale » dans le pays et le président de la République, Festus Mogae, devant l'Assemblée générale de l'ONU en juin 2001 a évoqué l'épidémie de sida dans les termes suivants : « Nous sommes menacés d'extinction. La population meurt dans des proportions épouvantables. C'est une crise de la première ampleur. » Le discours sur le sida au Botswana semble donc être entré dans le registre de la sécurité de façon concomitante avec l'évolution du discours international. Le thème de la survie de l'État (et de la population) et celui de la menace existentielle sont aujourd'hui présents dans les prises de parole du gouvernement. Comment peut-on interpréter une telle qualification et quels en sont les effets dans le domaine de la politique publique du VIH/sida au Botswana ?

La première remarque consiste à montrer que la déclaration d'urgence nationale ne peut pas être interprétée comme la simple transposition du discours international, qui viserait exclusivement à se positionner pour l'accès aux financements internationaux. Elle ne vise pas d'ailleurs non plus à chercher à se prévaloir d'une situation d'urgence sanitaire qui permettrait au gouvernement d'avoir recours aux licences obligatoires pour permettre l'importation (ou la fabrication) de médicaments génériques, selon les accords ADPIC signés sous l'égide de l'OMC et révisés en août 2003. Le Botswana a en effet fait un choix délibéré en faveur des médicaments de marque et n'utilise jusqu'à aujourd'hui aucun médicament générique. La déclaration d'urgence nationale semble répondre plutôt à un processus endogène d'appropriation des enjeux liés à l'épidémie de VIH/sida dans lequel agissent les structures économiques, sociales et politiques nationales dans un mouvement d'identification d'une menace aux acquis et au devenir du développement national. Il ne

s'agit donc pas d'une simple réplique mais d'un mouvement autonome cohérent d'appropriation des enjeux de l'épidémie au niveau national, guidé par une coopération étroite avec les organisations internationales et encouragé PAR les États occidentaux facilitant l'adhésion à ces normes ¹⁵.

Le thème de la survie nationale est central pour comprendre comment le VIH/sida est devenu, en quelques années, une menace de sécurité au Botswana. Le terme « extinction » est à cet égard éloquent, et se comprend dans une perspective historique et régionale : celle de la construction de l'État et de la nécessaire cohésion de la nation. Le Botswana est un petit État qui a été « coincé » pendant plusieurs décennies dans un environnement hostile marqué par l'apartheid. La question de la survie politique est toujours une contrainte majeure et une motivation bien comprise de l'action des dirigeants. Concernant l'épidémie de sida, l'urgence qui est formulée renvoie à un impératif qui consiste à « faire vivre la population », à éviter que les gens continuent de mourir en si grand nombre. Pourtant, aujourd'hui, l'urgence nationale semble justifier une certaine façon de gouverner qui s'éloigne parfois des procédures politiques habituelles, normales. Le président est devenu un personnage prédominant dans le champ de la lutte contre le VIH/sida. À aucun moment sa légitimité politique à agir comme « chef de guerre » n'a été remise en question. Or, si l'on se réfère à la théorie de la sécurisation, on cherche à analyser les effets du discours, le consentement de la population ainsi que, éventuellement, la façon dont les pratiques politiques évoluent en conséquence de l'urgence.

La décision de fournir des traitements de façon gratuite à l'ensemble des personnes qui en ont besoin, par l'intermédiaire du service de santé publique apparaît à bien des égards comme la mesure la plus cohérente par rapport à la menace et l'urgence précédemment proclamées au plus haut niveau. Les autorités nationales ont bénéficié pour cela de leur propre expérience dans la mise en place de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant depuis 1998. Le gouvernement a surtout bénéficié de la présence de partenaires internationaux intéressés dans le projet : la fondation Bill et Melinda Gates et la fondation de la compagnie pharmaceutique Merck, avec lesquelles le gouvernement a fondé le Partenariat ACHAP (*African Comprehensive HIV/AIDS Partnership*) en juillet 2000, qui est désormais un soutien essentiel de la politique publique et des principaux programmes de lutte contre le VIH/sida au Botswana. Le programme national de trithérapies a été d'emblée présenté comme une façon de redonner l'espoir à la population et de proposer une autre perspective que la mort. Le programme est appelé « Masa » ce qui signifie « espoir ». Sa mise en œuvre a été très

rapide, une fois la décision politique entérinée par le gouvernement en janvier 2002. Deux ans et demi plus tard, l'ensemble des hôpitaux publics sont quasiment tous capables de fournir ces thérapies. Près de 34 500 personnes bénéficient aujourd'hui de traitements ARV grâce à ce programme (en mai 2005). Les responsables du programme ont pourtant de nombreuses difficultés à surmonter, notamment en termes de formation et de ressources humaines (manque cruel de médecins, d'infirmières et de pharmaciens), mais surtout, ils ont jugé dans un premier temps que le programme était incapable de remplir son objectif d'efficacité et de rapidité car la plupart des patients se rendaient à l'hôpital alors qu'ils étaient déjà au stade terminal de la maladie. Pour faire face à cette situation jugée inefficace et très coûteuse — selon les responsables du programme Masa, les patients très malades demandent cinq à dix fois plus de personnel et de matériel — le gouvernement a décidé de mettre en œuvre la pratique du test de routine (*routine testing*), à partir de janvier 2004. Désormais, un test de dépistage est proposé systématiquement à l'ensemble des patients se présentant dans les hôpitaux et dispensaires publics depuis cette date. Il leur appartient de refuser explicitement le test alors qu'avant la procédure (*counselling*) accordait au patient la possibilité de connaître précisément les circonstances et conséquences du test avant de s'engager par un consentement écrit. C'est désormais le refus qui doit être explicite.

On peut considérer qu'il s'agit d'une mesure d'urgence. Tout d'abord, la décision a été prise par le président de la République, adoptée et rendue exécutive par un décret présidentiel ; ensuite, elle est considérée comme contraire aux directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'Homme que lui préfère la procédure « normale » en vertu d'un droit individuel à la confidentialité¹⁶. À ce sujet, d'autres remarques peuvent être signalées qui concourent à une évolution des pratiques de gouvernement, conséquence en outre de la déclaration en terme d'« urgence nationale ». Au Botswana, la politique publique du VIH/sida s'est construite sans acteurs intermédiaires au niveau local. La mobilisation de la société civile est assez faible sur la gestion publique du sida. Les décisions du gouvernement dans le domaine de la lutte contre le sida sont prises sans vote ou consultation du Parlement. Il existe enfin un risque d'une évolution vers des pratiques plus autoritaires dans la régulation sociale en général, en particulier la réglementation des problèmes qui sont parfois associés, dans l'opinion commune locale, à la propagation du virus du sida : l'homosexualité (déjà interdite par la loi), la consommation d'alcool (importantes rumeurs de prohibition), une législation plus ferme de l'immigration, etc. Enfin, il convient de signaler

que si le VIH/sida a été déclaré "urgence nationale", il existe toujours une ambiguïté entre cette notion et celle d'« état d'urgence », durant lequel interviennent des pouvoirs spéciaux (*emergency powers*).

Si l'on reprend les catégories de la théorie de la sécurisation de Buzan *et alii*, il existe bel et bien au Botswana un « acte de sécurité » dans la manière dont l'épidémie de VIH/sida est désormais envisagée. La logique de la sécurisation imprègne désormais la conduite de la politique publique du VIH/sida. Elle vise non seulement à maintenir un accès aux ressources internationales — provenant en majorité des États-Unis — dans ce domaine mais elle répond surtout à un impératif national qui consiste à faire vivre la population. C'est d'ailleurs la population, socle de la nation et de l'État, qui constitue l'objet de référence dont parle l'école de Copenhague. Le discours adopté avec force et constance par le gouvernement botswanais permet de justifier un certain nombre de pratiques gouvernementales et l'adoption de mesures d'urgence. Il vise peut-être également dans une certaine mesure à insuffler un sentiment d'urgence, appelant chaque citoyen à responsabiliser ses propres conduites face au danger que représente le VIH/sida. L'acteur du processus de sécurisation est clairement identifié avec le gouvernement et plus précisément le président de la République qui a une légitimité historique et politique à agir comme un chef de guerre, et à conduire les affaires publiques. La population consent largement à ce processus si l'on prend acte de la faible mobilisation collective et associative face au VIH/sida au Botswana et de l'étroit consensus politique qui soutient l'action gouvernementale dans ce domaine ¹⁷. On comprend l'importance de prendre en compte des aspects de la culture politique propre au pays étudié pour mettre en évidence la spécificité de la configuration d'acteurs participant à la mobilisation collective face au sida ¹⁸. Elle permet, à partir du Botswana, de souligner la relative absence d'acteurs intermédiaires dans l'élaboration de la politique publique du VIH/sida là où d'autres auteurs parlent, pour décrire le politique au Botswana, de « démocratie paternaliste ¹⁹ » voire de « démocratie autoritaire ²⁰ ». Au Cameroun, cette démarche offre la possibilité de souligner la pluralité des acteurs en présence : des institutions internationales (ONUSIDA, Banque mondiale) aux nombreuses associations locales et leurs homologues internationales, en passant par l'État et les agences de coopération bilatérale (Allemagne et France par exemple). Cette configuration éclatée des acteurs représente une lutte dans laquelle l'État est un co-acteur parmi les autres. Cet État affaibli, mais subtil dans la captation des ressources de l'extraversion, agit dans ce milieu composite suivant des tactiques qui vont arguer de la « sécurité sanitaire », au-delà de la trame de la « sécurité internationale »

qui se situe entre la prise de conscience internationale et le « fond sonore ». La manière avec laquelle le Cameroun a pu gérer, en 2000 et 2001, deux accords contradictoires en termes de droit international (avec les « génériqueurs » indiens et les laboratoires détenteurs des brevets) atteste d'une situation mouvante, entre la gouvernance mondiale de la santé et des différentiels locaux ²¹.

Dans les deux cas (Botswana, Cameroun), comme dans les autres pays (excepté l'Afrique du Sud), un consensus mou évite de politiser la question du sida. Celle-ci se présente simultanément comme une « offre internationale » et un moyen de régulation du secteur de la santé.

Dans le pays qui est le plus touché au monde par l'épidémie de sida, l'entrée de la sécurité dans le champ du VIH/sida peut être perçue comme une avancée, le signe d'un engagement plus ferme de la communauté internationale, mais il faut également prendre en compte les effets d'un tel discours. À l'instar du Botswana, l'adoption de ce discours et la sécurisation de l'épidémie du VIH/sida permettent de justifier des mesures d'urgence qui pourraient parfois agir au détriment de la lutte contre l'épidémie ou du moins en modifier les contours : évolution des pratiques gouvernementales, de la prise en charge clinique et sociale, etc.

Autant nous avons insisté précédemment sur le fait que la déclaration d'urgence nationale au Botswana n'est pas une simple translation du discours international, autant l'exemple du Cameroun permet d'illustrer cette dialectique global-local. Si les deux premières décennies (1980-1990) de lutte contre le sida dans ce pays ont été marquées, comme au Botswana, par une acceptation sans réappropriation des standards proposés par les organisations internationales, les années 2000 semblent ouvrir une ère nouvelle.

Diachronie d'une évolution : de « l'adhésion passive » à une ébauche de « participation active » au Cameroun

Depuis le premier cas de sida diagnostiqué au Cameroun à la fin de l'année 1985 jusqu'à ce jour où le nombre estimé de cas a largement dépassé la barre du million, ce pays constitue, sur les plans anthropologiques, politiques et médicaux, un champ de paradoxes. D'abord présenté comme un « miraculé » jusqu'à la fin des années 1980, du fait de son faible taux de séroprévalence par rapport aux autres pays d'Afrique centrale, le Cameroun connaît une progression exponentielle depuis le début de la décennie 1990. Bien que les autorités sanitaires aient anticipé sur l'épreuve annoncée en créant un premier comité de suivi en 1985, avant que le premier cas de sida ne soit formellement répertorié et

malgré la précocité de la mise en place, en 1987, du Programme national de lutte contre le sida (PNLS) suivant les directives de l'OMS, le péril sanitaire recouvre aujourd'hui la réalité d'une crise épidémiologique dont atteste l'expansion du VIH/sida. En l'an 2003, on estime à près de 12 %²² le pourcentage de la population sexuellement active (les 15-49 ans) atteinte par le virus. Notre regard ici porte de concert sur la lutte institutionnelle et non institutionnelle contre le sida au Cameroun avec une attention particulière pour les enjeux politiques, économiques et sanitaires majeurs concentrés dans la question de l'accès aux antirétroviraux.

L'accès aux molécules antirétrovirales et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida se sont hissés au cœur de la lutte contre le sida, laquelle fut pratiquement privée de tout débat local sur ce thème pendant près de quinze ans pour des raisons relatives au coût des médicaments contre le sida. Ainsi la politique et les modalités sociales de la prise en charge des patients concentrent à elles seules de multiples enjeux qui vont des contradictions des relations internationales aux inégalités de l'accès à cette prise charge. L'historique de la lutte contre le sida au Cameroun induit des réseaux différents d'acteurs (*advocacy coalitions*). Cette périodicité peut ainsi se présenter en trois étapes ayant chacune un point d'orgue :

- 1985-1991 : une période de latence, la mise en place du Comité national de lutte contre le sida ;
- 1993-1998 : la pérennisation des réseaux biomédicaux et le turnover au CNLS ;
- 1998-2004 : la problématique de l'accès aux soins et la pression internationale.

1985-1991 : une période de latence et la mise en place du Comité national de lutte contre le sida

En 1985, le Pr. Kaptué, alors à la tête de la Direction générale de la Santé au sein du ministère de la Santé publique (MINSANTE) crée le premier comité de suivi sur le sida. Suite à des tests pratiqués par le Centre Pasteur de Yaoundé sur des patients présentant des « suspicions », symptômes cliniques de la maladie, le premier cas de sida est formellement diagnostiqué à la fin de l'année 1985.

Sur les directives du Global Program on Aids de l'OMS, les États africains mettent en place des Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) dès 1986. Celui du Cameroun, naîtra en 1987 en même temps que son organe exécutif, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). Le Pr Kaptué en prend « naturellement » la direction, secondé

par le Dr Léopold Zékeng qui le rejoignit un peu plus tard au CNLS. Quelques priorités sont tracées : la mise en place d'une surveillance épidémiologique, les campagnes de sensibilisation, la formation de différents acteurs (sanitaires et sociaux comme « les pairs éducateurs ») pour des publics dits « cibles » : les jeunes, notamment les scolaires, les femmes dites « libres » (le nom pudique des « prostituées »). À la faveur de l'implication de différents organismes de la coopération bilatérale et multilatérale, puis de certaines organisations non gouvernementales l'action publique contre le sida trace des relations bijectives entre ces partenaires et des publics ou des actions ciblés. L'État, *via* le CNLS/MINSANTE, coordonne ou avalise ces actions et programmes dont la multiplication et l'importance ont souvent dépassé ses capacités et prérogatives officielles en matière de coordination et de régulation.

1991, un point d'orgue : la VII^e conférence internationale sur le sida en Afrique (CISA)

La VII^e CISA tenue à Yaoundé en 1991 a été un point focal important de cette période de « latence » de la lutte contre le sida au Cameroun. Cette manifestation dont le maître d'œuvre fut le Pr Kaptué, secondé par le Dr Zékeng, a permis aux acteurs camerounais d'intensifier leur implication dans les réseaux transnationaux. En effet, la présence de chercheurs, de responsables d'organisations internationales et d'acteurs de la coopération bi et multilatérale a participé à l'ouverture du champ du sida au Cameroun et à sa configuration plurielle qu'appelaient les directives et les intérêts internationaux. La recherche scientifique (virologie, recherches cliniques, sciences sociales, etc.), la prévention et l'appel à la participation d'agents d'intermédiation sociale dans l'optique d'une plus grande sensibilisation ont provoqué des alliances multiples entre les acteurs locaux et étrangers. L'issue de cette conférence a par ailleurs produit une première déconnexion entre le CNLS et les dynamiques locales de la lutte contre le sida puisque le Pr Kaptué et ses collaborateurs ont quitté la direction de ce comité sans que leur implication sous d'autres formes n'en soit infléchie. Ce fut donc la naissance d'une multiplicité de réseaux dans les domaines cités plus haut²³.

1991-1998 : turnover au CNLS, pérennisation des réseaux biomédicaux, émergence associative

Le « turnover » au sommet du CNLS a débuté à la suite de cette conférence. Le Dr Roger Salla Ntouna, qui avait succédé à Lazare

Kaptué, a été recruté par la GTZ et affecté au Ghana, avant d'être recruté à l'ONUSIDA, suite à la naissance de ce programme inter-agences des Nations unies à Genève. Il dirigea donc le CNLS jusqu'en 1993. De 1993 à 1994, l'intérim fut assuré par le Dr Marie G. Mbouni Essomba jusqu'à la nomination du médecin colonel Eitel Mpoudi Ngollé. De 1996 à 1998, période creuse au GPA de l'OMS, le CNLS fut confié à la direction de la santé communautaire. Dans l'intervalle, un nouveau ministre de la Santé nommé à l'occasion du grand remaniement ministériel de décembre 1997, le Pr. Gottlieb Monnékosso prit la décision que la présidence du CNLS serait désormais assurée par le ministre de la Santé. Ainsi, la gestion technique (l'exécutif) fut confiée à un groupe technique central fondé par la même occasion. Malgré les changements de ministres, une relative stabilité au CNLS est apparue. Le GTC n'ayant connu « que » deux « secrétaires permanents », le Pr Koula Shiro et le Dr Zékeng, nommé en 2002. La tentation pour chaque nouveau ministre de la Santé de « prendre le contrôle » du CNLS en nommant un nouveau président a été réduite grâce à la décision du Pr. Monnékosso puisque le ministre est de fait président du CNLS.

Cette période a aussi renforcé le travail des réseaux transnationaux de recherche scientifique constitués depuis les années 1990. Ils ont su résister au « turnover » du fait que chacun de ces réseaux, en plus de l'implication constante de partenaires du Nord, bénéficie de la tutelle locale d'acteurs impliqués peu ou prou dans la lutte contre le sida de longue date. De fait, la situation camerounaise montre des résultats probants dans ce domaine scientifique par un schéma où les actions majeures et les découvertes importantes sont pratiquées non pas sous la direction du CNLS mais à sa marge, donc de manière excentrée vis-à-vis de l'État. Qu'il s'agisse des découvertes de différents sous-groupes du sous-type I du VIH (le VIH1) par le biais du Centre Pasteur de Yaoundé et de ses partenaires français de l'Institut du même nom, du succès scientifique, thérapeutique et médiatique de l'essai TRIOMUNE (IRD France, MSF Suisse, Hôpital militaire Yaoundé, etc.) ou encore des avancées en matière d'observance thérapeutique du projet pilote de mise sous trithérapies antirétrovirales initié par MSF Suisse (projet PARVY), c'est le même schéma qui est en œuvre. À savoir des collaborations d'une décennie entre Camerounais et Européens, en l'occurrence, ayant éprouvé et résisté sur le moyen terme (une décennie) aux arcanes d'une administration en crise, en impliquant des « agents doubles » (appartenant simultanément à ladite administration et à des projets de recherche décentralisés de la tutelle étatique sans en être exclus).

Le domaine associatif a connu au cours de cette période une lente évolution. Les associations de lutte contre le sida, réparties de manière inégale sur le territoire national, ont connu des durées de vie très brèves de manière générale et un renouvellement tout aussi rapide, à quelques exceptions près. Parmi elles, les associations de personnes atteintes sont passées de la solidarité à un début de « collaboration » effective avec les autorités sanitaires. Pour autant, une seule d'entre elles a pu s'imposer dans cet univers pendant ces années 1990 : l'Association des frères et sœurs unies (AFSU). Comme l'ensemble du champ du sida, elle a connu (et, dans son cas, elle a subi) des modifications importantes à l'aune des années 2000 qui sont celles des ARV, de la baisse des prix et d'un début de politisation au forceps de la lutte contre le sida.

1998-2002 : la nouvelle vague des ONG/associations, la question des ARV et les conditionnalités politiques dans l'univers du sida

L'implication de l'ONUSIDA (installation d'un représentant permanent à Yaoundé en 2000), la pression des institutions de Bretton Woods (FMI, Banque mondiale) et, de manière plus générale, le contexte international du début des années 2000 ont pesé d'un poids décisif sur la lutte contre le sida au Cameroun. Le PNLS est devenu le Programme multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS) et les pistes tracées par le Pr Monékosso ont été réaménagées à savoir la décentralisation, l'implication de tous les secteurs clés de la société, sous la pression de « l'urgence » imposée par les bailleurs de fonds. En échange de la présentation du Plan stratégique d'urgence contre le sida au Cameroun, présenté aux partenaires camerounais le 12 septembre 2000 par le premier ministre Peter Mafani Musongué, le Cameroun (le CNLS en l'espèce) a reçu une aide de 50 millions de dollars répartis sur 4 ans (du 30 juin 2001 au 31 décembre 2005).

TABEAU : PRÊT ET DÉCAISSEMENTS ESTIMATIFS DE LA BANQUE MONDIALE POUR LE PROGRAMME MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA (en millions de dollars US)

Exercice	2001	2002	2003	2004	2005
Annuel	7,50	10,00	12,50	13,00	7,00
Cumulé	7,50	17,50	30,00	43,00	50,00

Source : Banque mondiale, *Document d'évaluation du projet multisectoriel de lutte contre le VIH/sida*, République du Cameroun, 18 décembre 2001, Rapport N° 21420 HU/Cité par F. Eboko (200224).

De la même manière le GTC s'est orienté vers la décentralisation des activités de lutte contre le sida vers les dix provinces, sur la base des groupes techniques provinciaux (GTP).

Le travail des partenaires internationaux du Cameroun — y compris des ONG — et la faiblesse accrue de l'État camerounais en proie aux restructurations de tous ordres ont conféré au territoire camerounais un paysage d'actions entre l'atomisation et la forte centralisation sur la capitale Yaoundé. Le but des initiatives de décentralisation, dans cet État fortement centralisé, est justement d'assurer une meilleure répartition des offres de santé (prévention, prise en charge des patients, structures de soins, etc.). Dans ce registre les plans du PMLS recourent les mêmes objectifs et les mêmes difficultés que la mise en place des districts sanitaires dans ce que Marc-Eric Gruénais a appelé *Un système de santé en mutation*²⁵.

La deuxième vague associative

Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) ont connu un nouvel essor sous la forme de l'émergence d'une nouvelle vague associative. Au déclin de l'AFSU, s'est vu opposer l'apparition d'une nouvelle catégorie d'acteurs, notamment des femmes. Les points de mire de la présence associative se sont simultanément décentrés, de Yaoundé vers Douala, et relevés du point de vue de la stratification sociale. En effet, entre l'AFSU d'hier à Yaoundé et l'association SUNAIDS d'aujourd'hui à Douala, il s'agit du passage d'une configuration à une autre. La première phase des années 1990 a consisté à lutter contre l'indigence matérielle à partir de laquelle l'AFSU a su construire des réseaux et promouvoir des ressources (formation de conseillers, liaisons avec des projets cliniques, recherche de moyens de survie sociale et médicale). La deuxième vague est issue surtout de jeunes femmes dont l'action semble plus velléitaire et la composition sociologique plus diversifiée (un niveau d'instruction et socio-économique plus élevé que l'effectif de l'AFSU). Les femmes séropositives de niveau social intermédiaire apparaissent au premier plan de cette nouvelle armature des associations avec des connexions fortes avec les ONG et partenaires extérieurs (GTZ, MSF, Act Up, Sidaction, etc.). Par ailleurs, l'absence d'associations de ce type dans plusieurs provinces du pays a conduit la GTZ en 2002 à créer *ex nihilo* des associations de personnes vivant avec le VIH dans toutes les provinces (44 associations réparties sur les 10 provinces en 2002). Les nouvelles associations semblent de plus davantage sensibles et regardantes en ce qui concerne les conditions de l'accès aux ARV

notamment au sein des grandes entreprises nationales sises à Douala la capitale économique. Mais ce raisonnement serait partiel s'il n'était pas remis dans un contexte international au sein duquel le pays a promu d'avantage de « tactiques » que de « stratégies » pour connaître une baisse spectaculaire des prix des ARV, entre 2001 et ce jour.

La problématique de l'accès aux médicaments contre le sida : vers une « participation active » au Cameroun ?

Le contexte international de l'observance thérapeutique et de la sécurité sanitaire : d'un enjeu sanitaire international au-delà de la question des brevets...

De la conférence de Vancouver (1996) à la bataille de Pretoria (2001²⁶), la question des molécules antirétrovirales (ARV) a soulevé des débats cruciaux. Celui qui concerne l'accessibilité aux ARV par les patients les plus démunis représente un enjeu de la première importance, notamment vis-à-vis du continent qui paye le plus lourd tribut à la pandémie du sida : l'Afrique subsaharienne. Le sens des mobilisations collectives pour ouvrir l'accès aux polythérapies aux patients africains a permis de poser la question du coût des antirétroviraux. En effet, le recul des firmes pharmaceutiques occidentales détentrices des principaux brevets de fabrication des ARV d'une part et l'entrée en lice des laboratoires qui fabriquent des médicaments génériques contre le VIH/sida, d'autre part ont permis de dépasser — ou tout au moins de contourner — la simple question du coût de ces produits pour en poser une autre. Celle du suivi thérapeutique et psychosocial. Cette dimension recouvre à elle seule des interrogations économiques, cliniques, sanitaires, structurelles et, *in fine*, politiques, autour du thème de « l'observance thérapeutique ».

Rappelons que certaines firmes pharmaceutiques et quelques tenants d'organisations internationales ont soutenu l'idée que l'incapacité de suivi des polythérapies sous ARV par les patients des pays du Sud en général et d'Afrique en particulier était aussi formelle qu'un théorème. Les organisations non gouvernementales internationales, menées par Médecins sans frontières, ont alors saisi ces occasions publiques pour désavouer ces déclarations théoriques et culturalistes en lançant des campagnes internationales pour l'accès du plus grand nombre aux ARV. La question de l'observance étant au centre de ces défis de santé publique, les conditions structurelles de suivi et d'encadrement des patients recouvrent ainsi l'essentiel de la portée des projets de mise sous ARV des patients africains.

C'est dans ce contexte international que fut initiée l'idée du Projet antirétroviral de Yaoundé (PARVY) dès la fin des années 1990, mis en place au cours de l'année 2001. D'abord conçu pour intégrer 150 patients, ce projet connaît à ce jour des modifications de perspectives. MSF compte 929 patients sous trithérapies sur 8 660 qui reçoivent un traitement de ce type sur l'ensemble du territoire camerounais.

... à un enjeu local et « interne »

Un enjeu local. Le projet PARVY permet de mettre en œuvre un suivi gratuit — outre le forfait demandé aux patients lors de l'inclusion — dans un environnement général de précarité, de crise économique, de phase explosive de la maladie²⁷. Cette situation commune à la majorité des pays africains se particularise au Cameroun où PARVY est le premier programme « public et gratuit » (en tenant compte des critères d'inclusion sur lesquels nous reviendrons). De ce fait, le projet PARVY tient lieu de « projet pilote » dont les résultats permettront à terme, dans le cas du Cameroun, d'évaluer les possibilités et les recours envisageables dans le cadre d'une accessibilité à très faible coût, en comparaison avec des programmes payants existant dans le même pays.

Ensuite, l'enjeu est aussi « interne » à MSF, dans la mesure où ce type de projet sur le long terme concerne une problématique nouvelle dans cette organisation internationale dont l'efficacité, l'expertise et la réputation sont liées à l'intervention d'urgence. La viabilité et la pérennité d'un projet au long cours, comme pour tous ceux qui sont relatifs aux traitements contre le VIH/sida, rencontrent donc des questions nouvelles, des débats importants et des champs nouveaux à défricher. De Genève à Yaoundé, les efforts qui permettent au projet PARVY d'exister, l'adhésion et l'observance des patients inclus aux traitements, les réticences « inattendues » des patients séropositifs face aux ARV, les relations avec le partenaire du projet (PRESICA), suscitent des questions dont cette étude s'est nourrie, de telle sorte qu'elle soit aujourd'hui disposée en cercles concentriques.

L'organisation de l'accès aux ARV : d'une logique décentrée à une implication politique

Trois décisions politiques et économiques importantes et une découverte scientifique majeure ont répondu à la question des coûts des trithérapies au Cameroun depuis le début de la décennie.

Le 4 avril 2001, à Yaoundé, le ministre de la Santé publique de l'époque, M. Laurent Esono signait un protocole d'accord avec M. Lionel

Laplace (Merck, Sharpe & Dome), commissionné pour représenter son laboratoire et quatre autres firmes pharmaceutiques. Ce protocole, dont les modalités sont demeurées secrètes, a abouti à une déclaration publique : à cette date le prix d'une trithérapie baissait de plus de 90 % par rapport au prix coûtant. Entre-temps, l'État camerounais avait commencé à importer des médicaments génériques (par le biais du laboratoire indien Cipla), encore sous brevets détenus par les laboratoires avec lesquels il a signé l'accord du 4 avril 2001.

À la fin du mois de juillet 2002, un décret présidentiel annonçait une nouvelle baisse des prix des molécules antirétrovirales au Cameroun, assortie d'une baisse du coût des examens biologiques. Ainsi, avec un budget d'environ 15 000 FCFA/mois, un patient camerounais peut-il espérer être pris en charge et bénéficier d'une trithérapie. Cette initiative a eu lieu suite à un décaissement de fonds issu de l'inscription du Cameroun dans les PPTTE (Pays pauvres très endettés).

En décembre 2003, une dotation d'un peu plus de 90 000 dollars US du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, permettait au ministre de la Santé d'annoncer une nouvelle baisse des prix des ARV et des examens biologiques. Ainsi pour une somme de 5 000 FCFA/mois environ les patients pourront officiellement accéder à une trithérapie antirétrovirale.

Depuis 2004, la recherche internationale sur une association de trois molécules concentrées en un seul comprimé (TRIOMUNE) a révélé en 2004 l'efficacité de ce traitement à partir d'un essai mené au Cameroun. Ce médicament, qui allège le nombre de prises et donc le coût du traitement, permet à la barre des prix de chuter encore une fois puisque le traitement par la TRIOMUNE ne coûte que 3 000 FCFA/mois²⁸.

Pour autant, les antirétroviraux (ARV) avaient fait leur entrée au Cameroun depuis 1997 de manière « non organisée », en marge de la régulation et de la coordination du Comité national de lutte contre le sida (CNLS²⁹). C'était déjà pour proposer un minimum de synergie et de sécurité à cet univers quasi anémique, que des médecins prescripteurs d'ARV avaient décidé en 2001 de mettre sur pied des comités thérapeutiques, à Douala, à Yaoundé et visaient à atteindre l'ensemble des dix provinces camerounaises. Par ailleurs, la première structure qui avait proposé une prise en charge de ses patients fut une société privée dès la fin des années 1990 (ALLUCAM, filiale de PECHINEY à Edéa, province du Littoral).

En 2002, on estimait que 2000 patients, répartis dans 18 centres, étaient sous ARV au Cameroun³⁰. Aujourd'hui, ce chiffre est estimé à 8 660 patients, sur 85 000 malades qui auraient besoin d'un traitement

d'urgence³¹. Le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) a donc épousé une dynamique multiforme plus qu'il ne l'a initiée, dans un champ où les partenaires internationaux sont nombreux, des agences de coopération bilatérale et multilatérale aux laboratoires pharmaceutiques. Depuis la fin de l'année 2000, le PNLs a cédé sa place à un Programme multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS), sous le double contrôle de l'ONUSIDA et de la Banque mondiale. La configuration de l'accès accru aux traitements par ARV permet d'envisager la lutte contre le sida au Cameroun suivant une problématique de réappropriation de « l'international » par « le local », dans la continuité des travaux que nous avons menés depuis quelques années³².

Dans un tel contexte, il est important de circonscrire les différentes logiques sociales et politiques de ce « désordre apparent » : des acteurs étatiques aux patients, du « haut » vers le « bas ». Les organisations internationales (OMS et ONUSIDA à Genève notamment) doivent ainsi être perçues comme des sites d'investigation au même titre que les États destinataires de ces politiques publiques de santé. Ce qui aide à comprendre la réappropriation des enjeux internationaux par les acteurs et réseaux transnationaux en œuvre au Cameroun. Un état des lieux des réseaux de prescripteurs initiés depuis 2001 au Cameroun ainsi que les modalités de prise en charge qui pourraient échapper à ces réseaux formels, dans un contexte de relecture de l'action publique au sein d'un État en recomposition sont alors possibles scientifiquement et même impératifs d'un point de vue sanitaire et politique. L'action de la « première dame » camerounaise, par exemple, relève pour sa part d'une lecture qui éprouve les frontières et les possibilités de passage du politique au parapolitique, de l'action publique aux ressources symboliques de la mobilisation contre le sida. À ce titre, c'est une illustration de la nouvelle configuration de cette lutte à travers les trois associations que dirige Mme Chantal Biya au niveau local (la Fondation Chantal Biya — FCB, le Cercle des Amis du Cameroun — le CERAC) et international (les Synergies africaines contre le sida et les souffrances, ONG regroupant « les premières dames d'Afrique³³ »). Et ce n'est qu'un exemple d'une configuration éclatée d'acteurs dans le champ de l'accès aux ARV au Cameroun depuis 2000.

Conclusion

Le sida est un prisme par lequel se lisent les principales dynamiques du changement social, politique et économique de l'Afrique à l'intérieur de « la mondialisation » dont la santé est un observatoire décisif³⁴. Il est aussi un agent et un vecteur du changement social, quel que soit le sens

de ce changement. Quelques pays montrent déjà que la lutte contre le sida peut être un puissant levier de solidarité nationale, un nouveau maillon d'une solidarité internationale digne de ce nom. De ce point de vue, le sida est une épreuve politique et un exercice diplomatique pour les États africains et les relations internationales africaines³⁵, autant qu'il doit être un espace de débat et de consolidation démocratique. Il est aussi un défi majeur pour la planète entière au début de ce troisième millénaire. Le thème de la sécurité internationale et celui de la sécurité sanitaire montrent quelques contradictions et des logiques croisées mues par des acteurs aux intérêts différents voire divergents dans l'arène globale de la lutte contre le sida. Reste aux États, pris entre « noyau dur » et « case vide³⁶ » et aux acteurs africains à convertir ces configurations polyarchiques en ressources politiques et sanitaires pour endiguer cette épidémie dont l'Afrique est la première de toutes les victimes. C'est dans ce sens que la réduction des prix des ARV, via la conjonction de la concurrence imposée par les médicaments génériques et de la politisation transnationale de la question du sida, ouvre de nouvelles pistes de réflexion et surtout inaugure des chantiers d'espoirs. L'argumentaire de la sécurité internationale rencontre de plus en plus celui, plus ancien, de la sécurité sanitaire. Cette translation, qui induit aussi des confusions³⁷, pose un cadre supplémentaire à la prise en compte aux « sommets du monde » du péril des sociétés africaines face au sida. Ce que les dynamiques locales de lutte contre le sida en Afrique proposent est aussi une « rencontre » entre les deux paradigmes (sécurité « militaire » et sécurité « sanitaire ») à travers laquelle les réalités de la crise du sida peuvent s'imposer dans leur diversité épidémiologique et l'unité nécessaire à la riposte. Surtout, nous pouvons considérer qu'il revient désormais aux acteurs locaux (gouvernements, associations, etc.) de démontrer que si leur sécurité nationale est en péril du fait du sida (menace économique, sociale, politique et militaire), ce n'est qu'au prix d'une action renforcée sur le front de la sécurité sanitaire (accès généralisé aux ARV à moindre prix, investissement dans les infrastructures de santé publique, etc.) que les menaces envers la sécurité nationale seront contournées. C'est donc l'ébauche d'une inversion salutaire des paradigmes du Conseil de sécurité mis à l'épreuve de la crise sanitaire soulignée par les organismes internationaux (OMS, ONUSIDA, etc.) et les États africains eux-mêmes. À cet égard, la notion de crise ou d'urgence sanitaire est un paradigme qui doit être pleinement utilisé par les acteurs, dans la mesure où, par exemple, elle justifie les exceptions ou flexibilités prévues par les accords sur les ADPIC revus en août 2003. De ce point de vue, l'avènement des ARV en Afrique présente

« le médicament » comme un objet politique inédit, entre une contrainte et une ressource économique, un argument de négociations (Nord-Sud et Sud-Sud) et de controverses internationales et un prisme des enjeux de la survie et de la sécurité d'un continent à l'épreuve.

NOTES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Suivant les sources, le nombre de décès dus au sida en Afrique varie de 13,5 millions à 17 millions. Voir ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, OMS, décembre 2004 et la synthèse épidémiologique d'Éric DELAPORTE et Christian LAURENT, "Epidemiology of HIV Infection in sub-Saharan Africa", *AIDS Review*, 3, 2001, p. 59-66.
2. DIXNEUF Marc, « La santé publique comme observatoire de la mondialisation » in LAROCHE Josepha (dir.), *Mondialisation et gouvernance mondiale*, Paris, IRIS-PUF, 2003, p. 213-225.
3. ALTMAN Denis, "Globalization and the "AID Industry", *Contemporary Politics*, Vol. 4, n° 3, 1998, p. 233-245.
4. EBOKO Fred, « Chantal Biya : « fille du peuple » et égérie internationale », *Politique africaine*, n° 95, octobre 2004, p. 91-106.
5. Le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été mis en place peu de temps après et il est effectif depuis janvier 2002. Site Internet : <http://www.globalfund.org>
6. L'approche traditionnelle de la sécurité correspond à la théorie réaliste en relations internationales dans laquelle le terme de « sécurité » renvoie aux deux propositions suivantes : 1. l'existence d'une menace à la sécurité qui vient de l'extérieur des frontières et 2. une menace qui est avant tout d'ordre militaire (mais pas exclusivement) et appelle en général une réponse militaire pour préserver la sécurité de l'État en question. Cf. GRAHAM David T., et POKU Nana K. (dir.), *Migration, Globalisation, and Human security*, Westport, Praeger, 1998.
7. OSTERGARD Robert L., "Politics in the Hot Zone : AIDS and National Security in Africa", *Third World Quarterly*, vol. 23, n° 2, p. 333-350, 2002.
8. DE WALL Alex, "How will HIV/AIDS transform African Governance ?", *African Affairs*, volume 102, 2003, p. 1-23.
9. BRIAN-BARTELS P., "HIV/AIDS, State Capacity, and Security in Africa", April-May 2003. PRICE-SMITH Andrew T., DALY John L., "Downward Spiral. HIV/AIDS, State Capacity, and Political Conflict in Zimbabwe", United States Institute for Peace, *Peaceworks* n° 53, July 2004, 52 p.
10. DE WAAL A., "Why the HIV/AIDS Pandemic is a Structural Threat to Africa's Governance and Economic Development", *The Fletcher Forum of World Affairs*, vol. 27, n° 2, summer/fall 2003b, p. 6-25, p. 19.
11. BUZAN Barry, WAEVER Ole, de WILDE Jaap, *Security - A New Framework for Analysis*, London, Lynne Rienner Publishers, 1998.
12. BUZAN et alii, *ibidem*, p. 24.
13. Voir « L'état de la population mondiale », publié par le Fonds des Nations unies pour la Population (UNFPA) en octobre 2004, disponible sur le site <http://www.unfpa.org>
14. Voir par exemple : LANGE Joep, University of Amsterdam, cité dans *The Botswana Gazette*, 14 octobre 2004 : http://www.gazette.bw/tbg_head.htm et FEACHEM Richard, Directeur du Fonds mondial contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, entretien, *Jeune Afrique l'Intelligent*, 4-10 mai 2003, p. 98-99.

15. CHABROL Fanny, « La politique publique du VIH/sida au Botswana : dynamiques internationales et locales d'une « urgence nationale », mémoire de DEA en science politique sous la direction de Daniel BOURMAUD, Université Paris I Sorbonne, septembre 2004, 141 p.
16. FOMBAD Charles Manga, « The Crisis of Confidentiality in the Control of the HIV/AIDS Pandemic in Botswana », *International Social Science Journal*, n° 170, décembre 2001, p. 643-659.
17. CHABROL Fanny, *op. cit.*
18. EBOKO Fred, 2002, *op. cit.* ; et « Patterns of mobilization : Political Culture in the Fight against AIDS » in PATTERSON Amy (ed.), *The African State and the AIDS Crisis*, Aldershot (UK) et Burlington (USA), Ashgate, 2005, p. 37-58.
19. HOLM John D., « Botswana : A Paternalistic Democracy », in DIAMOND L., LINZ J., LIPSET S. M., *Democracy in Developing Countries*, Boulder, Lynne Rienner, 1988, volume II, p. 179-215.
20. GOOD Kenneth, « Authoritarian Liberalism : A Defining characteristic of Botswana », *Journal of Contemporary African Studies*, 1996, vol. 14, n° 1, p. 29-51.
21. PATTERSON Amy S. & CIEMMS David, « Weak and Ineffective ? African States and Recent International AIDS Policies », in PATTERSON A. (ed.), *The African State and the AIDS Crisis*, Aldershot (UK) et Burlington (USA), 2005, Ashgate : p. 171-193 ; HALBERT Debora, MAY Christopher, « AIDS, Pharmaceutical Patents and the African State : Reorienting the Global Governance of Intellectual Property », in PATTERSON, *op. cit.* p. 195-217 ; EBOKO Fred in *ibidem*.
22. Une enquête récente (Enquête démographique et santé 2004) a réévalué ce chiffre à la baisse et l'estime à 5,5 %.
23. Voir, entre autres, les travaux de Fred EBOKO, « L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida », *Politique africaine*, n° 64, déc. 1996 : 135-145 ; « L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun : de la verticalité à la dispersion », in Marc-Eric GRUÉNAIS (dir.), *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, *Bull. de l'APAD*, n° 21, 2001 ; EBOKO F., « Pouvoirs, sexualité et risque-sida. La puissance de L'État en question au Cameroun », in G. COURADE (éd.), *Le désarroi camerounais : l'épreuve de l'économie-monde*, Paris, Karthala, 2000, p. 235-262.
24. EBOKO Fred, *Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun...*, *op. cit.*
25. GRUÉNAIS Marc-Eric, *Un système de santé en mutation*, *op. cit.*
26. Je fais référence ici à la conférence mondiale sur le sida qui s'est tenue à Vancouver en 1996 au cours de laquelle l'acuité et l'efficacité des antirétroviraux (ARV) ont été rendues publiques. Ensuite, je fais allusion au procès que 39 firmes pharmaceutiques ont intenté au gouvernement sud-africain auprès d'une juridiction locale à Pretoria. Suite à une mobilisation internationale inédite menée par MSF, les laboratoires pharmaceutiques ont retiré leur plainte en 2001.
27. Contrairement à certains pays africains où les courbes d'évolution de la maladie montrent des signes de stagnation (Côte-d'Ivoire, Sénégal) ou d'inflexion (Ouganda), le Cameroun fait partie des pays où le taux de séroprévalence au VIH/sida progresse de manière quasi exponentielle depuis le début des années 1990 : 0,5 % en 1995, 5,5 % en 1998, 11 % en 2000 et 12,8 % en 2002 pour ce qui concerne la population dite « sexuellement active » (15-49 ans). En 2004, le chiffre a été revu à la baisse pour des raisons liées aux nouvelles modalités du décompte des cas d'infection. Voir ONUSIDA/CNLS (2001) et ONUSIDA (2004), *op. cit.* ; et EBOKO Fred, 1996 *op. cit.* ; aussi : « Introduction à la question du sida en Afrique : politique publique et dynamiques sociales », in D. KEROUEDAN, F. EBOKO, *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux-Talence, Centre d'étude d'Afrique noire (CEAN), p. 35-73. (« Travaux et Documents », 61-62, 1999.) ; « Les élites politiques au Cameroun : le

-
- renouvellement sans renouveau ? », in J.-P. DALOZ (ed.), *Le FCNLS*, 1999 ; 2000 et 2002 : *op. cit.*
28. Voir, LAURENT Christian, KOUANFACK Charles *et al.*, "Effectiveness and Safety of Generic Fixed-Dosed Combination of Nevirapine, Stavudine, and Lamivudine in HIV-1 Infected Adults in Cameroon : Open-Label Multicentre Trial", *Lancet*, vol. 364, July 3, 2004, p. 29-34.
29. BOURGEOIS et EBOKO, « Situations cliniques et négociations sociales face au VIH/sida au Cameroun », Synthèse critique des sessions de formation pour la prise en charge thérapeutique des personnes victimes du VIH/SIDA au Cameroun des 11 et 12 décembre 1997, Yaoundé, polycop., 15 p.
30. UMUBYEYI Béata, *Lutter contre le sida et accès aux antirétroviraux au Cameroun : les déterminants du changement*, Genève, Rapport MSF (CH), août 2002, 94 p.
31. *Messages MSF*, n° 133, décembre 2004, p. 10-11.
32. EBOKO Fred, 1996, 1999 et 1999, 2001, 2002 : *op. cit.*
33. Voir Fred EBOKO, « Chantal Biya... », *op. cit.*
34. DIXNEUF Marc, *op. cit.*
35. SINDJOUN Luc, *Sociologie des relations internationales africaines*, Paris, Karthala, 2002.
36. SINDJOUN Luc, *L'État ailleurs : entre noyau dur et case vide*, Paris, Economica, 2002.
37. Par exemple, pour les nombreux pays qui ne connaissent pas de guerre, le péril en matière de développement économique et social concerne les « jeunes cadres », notamment le personnel enseignant, dont la force de travail et la vocation sont au moins aussi importantes que celles des militaires qui ont justifié les appels du Conseil de sécurité des Nations unies.

Eboko Fred, Chabrol F.

Réappropriation du paradigme de la sécurité face au sida en Afrique : diffusions, confusions, inversions.

In : Bagayoko-Penone N. (dir.), Hours Bernard (dir.). Etats, ONG et production des normes sécuritaires dans les pays du Sud.

Paris : L'Harmattan, 2005, p.193-216.

(Questions Contemporaines.Série Globalisation et Sciences Sociales). ISBN 2-7475-9769-5, 9782747597692