

Qualifier en politique en Afrique Le cas de la lutte contre le VIH/sida au Cameroun

« Vous faites un doctorat en science politique ? Excusez-moi mais qu'est-ce que le sida a à voir avec la politique ? ». Cette question m'a été posée par la quasi totalité de mes interlocuteurs lors de mes demandes d'entretien, ainsi qu'autour de rencontres informelles avec des connaissances. Elle me paraissait naïve au départ étant donné l'émulation politique et sociale que l'épidémie de VIH/sida a créée à l'échelle de la planète. Mais elle n'est pas moins pertinente. Effectivement, peut-on traiter de politique des phénomènes non ressentis par les agents sociaux comme étant politique ? En quoi la formulation et la mise en œuvre des politiques publiques du sida au Cameroun peuvent-elles être définies comme des activités politiques comme les autres ?

Cette présentation entend décrire les échanges sociaux et politiques autour de la question du sida dans le contexte camerounais, et voir ce qui dans ces échanges contribue à lui donner une dimension politique. Pour analyser l'espace public de lutte contre le sida au Cameroun, j'ai fait le choix d'une démarche pragmatiste et interactionniste, celle de la sociologie de l'action publique, attentive autant aux conditions de construction du sida comme objet d'intervention publique, aux acteurs, à leurs représentations ainsi qu'à leurs registres d'action et au contexte économique, social et politique dans lequel ils se trouvent. Le/la politique est envisagé(e) ici comme un objet scientifiquement construit et non quelque chose de figé. Un objet n'acquiert une dimension politique (ou non) qu'au bout d'un processus d'étiquetage, d'échanges, et/ou de luttes définitionnelles qui s'apparentent même parfois à une véritable compétition politique.

S'agissant de la question du sida au Cameroun, je voudrais défendre l'hypothèse que ce n'est pas parce que les agents à l'œuvre ne voient aucune portée politique dans leurs actions que le sida ne constitue pas pour autant un enjeu politique. Derrière la dépolitisation apparente à travers les consensus et les compromis, voir parfois la contrainte symbolique se dessinent des enjeux de pouvoir, de contrôle et de reconnaissance.

Cette présentation s'appuie sur des données de recherches menées dans cinq des dix régions du Cameroun de janvier 2011 à juin 2012 (principalement dans les capitales des régions). Il s'agit d'une étude de cas, celle de la prise en charge médicale et sociale des enfants (0-15 ans) confrontés au VIH/sida, à partir du Programme National de Soutien aux Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du sida (PNS-OEV 2006-2010). La majorité des données ont été collectées au travers des entretiens auprès de quatre catégories d'acteurs participant à la lutte contre le sida à savoir les acteurs institutionnels/étatiques (ministères de la santé, ministère des affaires sociales et structures de coordination), les acteurs internationaux (principaux bailleurs de fonds de la lutte), les professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens) et les acteurs locaux (communes, ONG et associations locales). Elles ont été complétées par des longues phases d'observation qui ont parfois pris la forme de stage (un mois), parfois de la participation aux réunions de travail, parfois de l'accompagnement de certains acteurs dans leurs activités (visites à domicile, sorties lucratives, remplissage des formalités administratives etc.). Des ressources documentaires produites par les interlocuteurs ont aussi été mises à contribution (tracts, affiches, flyers, statuts, rapports, bulletins etc.).

Pour montrer que la formulation et la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH/sida sont fortement empreintes d'enjeux politiques, on va montrer dans une première partie comment se sont constituées les mesures actuelles de prise en charge des enfants confrontés au sida. Dans une seconde partie, on développera les enjeux de la dépolitisation.

L'ACTION PUBLIQUE EN FAVEUR DES ENFANTS CONFRONTES AU VIH/SIDA AU CAMEROUN : UNE « EXISTENCE A BAS BRUIT »

La réponse nationale du Cameroun à l'épidémie de VIH/sida s'est constituée de façon précoce, avant même que le premier cas de sida ne soit formellement diagnostiqué. Fred Eboko parle d'un *modèle dissonant de politiques publiques*, parce que le gouvernement camerounais a mis en place une structure de lutte contre le sida comme le conseillait le GPA (Global Program on AIDS) dès 1985, alors que rien ne l'y engageait, ni l'ampleur de l'épidémie, ni les mobilisations sociales et collectives et encore moins la disponibilité des solutions. Le modèle de « l'adhésion passive », par

contraste avec « l'adhésion participative » ougandaise, ou de « la dissidence active » Sud Africaine désigne le formalisme institutionnel camerounais, l'inertie des élites politiques et de la population face à l'épidémie du sida et une participation relativement faible à la définition des politiques publiques (Eboko 1999 et suivant). Dans ce contexte, il n'est pas vain de dire que le VIH/sida constitue un problème relativement marginal dans le traitement politique dont il fait l'objet, et l'accueil qui lui a été réservé par les populations. Mais comme on va le voir, il est possible que ce soit la conception dominante de l'épidémie comme un problème de santé avant tout qui explique le sentiment de non politisation de cet enjeu. Par ailleurs, la question de la prise en charge des enfants, enjeu récent dans les politiques de lutte contre le sida permet d'illustrer encore plus cette passivité de l'Etat camerounais vis-à-vis des dynamiques internationales.

Situation des enfants face au VIH/sida au Cameroun

Le Cameroun est le pays d'Afrique de l'ouest et d'Afrique centrale le plus touché par le sida. Avec une population estimée à 19 406 100 d'habitants, les enfants de moins de 15 ans représentent 44% population générale, et les enfants de moins de 5 ans représentent 15%. Les résultats de la quatrième Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDS-IV) de février 2012, montrent que la prévalence globale du VIH/SIDA a connu une baisse significative, passant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011. Les enfants constituent près de 10% des 525 000 Personnes Vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun (PVVIH), mais constituent seulement 4% des patients sous ARV, tandis que la couverture en ARV prophylactique chez les enfants est de 9,2% (CNLS 2012). L'on estime à 304 210 le nombre d'orphelins du fait du sida vivant au Cameroun en 2010. Selon le rapport d'estimation des ressources et des dépenses relatives à la lutte contre le sida pour l'année 2010, seulement 2,13% des ressources totales ont été consacrés aux OEV en 2010.

La Transmission Mère-Enfant (TME) constitue le principal mode d'infection par le VIH des enfants de moins de 5 ans. L'infection à VIH est aussi une des causes majeures de morbidité et de mortalité infantile : 7%. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : premièrement, l'offre de diagnostic précoce (PCR) est faible et insuffisamment liée aux services de santé maternelle et infantile (SMI). C'est un dispositif nouveau au Cameroun (2007-2008). Il permet de dépister un enfant né de mère séropositive à partir de six semaines de vie. Or deux laboratoires seulement couvrent toute l'étendue du territoire. Les délais de retour des résultats sont considérablement rallongés, ce qui entrave le suivi des enfants. Sur 8099 enfants nés de mères séropositives testés par PCR en 2010, 7.1% étaient séropositifs. Ce pourcentage est selon les autorités, trois à quatre fois inférieur à ceux des années 2000 et 2005. Il s'agit d'un effet positif des PTME, même si c'est aussi une preuve de son échec. Outre la question de l'accès au diagnostic précoce, celle de l'accès aux médicaments pédiatriques reste entière. A l'introduction des ARV au Cameroun, au milieu des années 1990, les formes pédiatriques étaient pratiquement inexistantes. Mettre un enfant sous traitement relevait d'une gymnastique des doses à partir des présentations adultes. Aujourd'hui encore, il existe des molécules non disponibles en forme pédiatrique ; et si l'accès aux traitements de première ligne reste sommaire (à peine 10%), l'apparition des secondes lignes (en cas d'échec des traitements de premières lignes) est encore trop récente pour être disponible en dehors de quelques centres de référence.

L'impact du VIH/sida sur les enfants est aussi caractérisé par le fait que beaucoup de leurs familles vivent dans des conditions déjà gravement désavantagées par la pauvreté. La maladie des parents et les dépenses de santé qui s'y joignent compromettent la scolarité des enfants, leur prise en charge alimentaire, voir leur équilibre psychologique s'ils sont infectés par le VIH, et qu'ils doivent garder le secret sur leur maladie comme sur celle des parents. D'autres quittent l'école par peur de la stigmatisation. Certains encore ne peuvent continuer leur scolarité parce qu'ils n'ont pas d'acte de naissance (les parents étant décédés etc.). C'est dans ce contexte qu'ont été pensées et mises en place des mesures spécifiques à leur endroit, à savoir un soutien éducationnel, des soins de santé gratuits, l'appui aux familles, l'établissement d'actes de naissance et formations techniques. Selon le rapport d'estimation des ressources et des dépenses relatifs à la lutte contre le sida pour l'année 2010, le package de services offerts aux OEV représente environ 2% du budget global de lutte.

Conditions de mise sur agenda

Trois décisions politiques marquent l'action publique de prise en charge des enfants confrontés au VIH/sida au Cameroun. L'élaboration d'un Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2000-2005, la signature d'un accord de partenariat bi et multilatéral avec l'Unicef et la Coopération française pour le projet Bi Multi OEV en 2004, et l'élaboration d'un Programme National de soutien aux OEV (PNS-OEV) en 2006. Ce qui frappe, c'est que derrière chacune de

ces initiatives gouvernementales, on s'aperçoit de l'omniprésence d'un organisme international : la Banque Mondiale, l'ONUSIDA, l'UNICEF, la Coopération Française, et le Fonds Mondial. Aussi peut-on se demander (ce) qui a permis la traduction de la question de la prise en charge des enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA en enjeu d'intervention publique ?

Sauf évènement inattendu (catastrophe naturelle ou changement brusque de contexte politique et économique), les problèmes s'inscrivent en général à l'agenda gouvernemental par « paliers » ou à petits pas. C'est le modèle incrémentaliste développé par Lindblom et aussi Kingdon, Cobb et Elder, Rochefort et Cobb suivant lequel lorsqu'un individu ou un groupe perçoit un écart entre ce qui est, ce qui devrait être et ce qui pourrait être (définition d'un problème selon Padioleau, il va chercher à faire reconnaître et à faire intervenir les autorités politiques en sollicitant le maximum d'acteurs possibles pour relayer sa cause. L'idée centrale est que les décisions qui sont prises sont fortement orientées par les politiques, les comportements et les valeurs en vigueur. Il n'y a donc pas de changement radical, mais plutôt un processus graduel de changement à moindre coût pour les décideurs. Ceux qui luttent pour faire accéder un problème à l'existence publique et politique sont appelés des « *entrepreneurs moraux* » ou des « *entrepreneurs de politiques publiques* ». Cette mobilisation des acteurs se fait sur un mode revendicatif et oppositionnel. Il peut déboucher sur « une crise » ou un « scandale » en fonction de la définition du groupe dominant. C'est dans cette logique que les politiques de lutte contre le sida se sont constituées en France. Tous les problèmes n'arrivent pas à l'agenda de façon aussi conflictuelle. Il est également possible que l'Etat s'autosaisisse d'un problème par l'intermédiaire de son administration ou de ses hauts fonctionnaires. Et dans ce cas, c'est le traitement qui en est fait qui pourrait constituer une source de conflit avec les populations. C'est le modèle le plus courant de traitement des problèmes publics, et celui-ci semble le plus adapté pour décrire la façon dont le sida est parvenu à l'Etat Camerounais.

Cependant, cette auto-saisine par le gouvernement de la question du sida ne nous renseigne pas sur ce qui a motivé ses choix. Concernant la prise en charge des enfants, il paraît évident que ce n'est pas simplement l'ampleur des conséquences médicales et sociales de l'épidémie sur les enfants (elles sont connues depuis le début des années 1990) qui explique l'élaboration de programmes spécifiques, mais bien plus la capacité des acteurs internationaux à la faire prendre en considération par les autorités nationales, au travers notamment de la mise à disposition des financements. Cela ne veut pas dire que les autorités nationales n'y ont pas contribué. Cela veut dire que sans le soutien de ces acteurs, ce problème n'aurait probablement jamais fait partie des priorités gouvernementales en matière de lutte contre le sida. On le verra plus loin à partir de l'exemple du Programme National de Soutien aux OEV qui a été suspendu après deux ans d'existence.

La prise en charge : acteurs, profils et pratiques

Les premières mesures de prise en charge des enfants ont été mises en place en 2001, à travers le Plan Stratégique National 2000-2005. Grâce au programme de PTME mis en place dans quelques sites pilotes, les enfants nés de mères séropositives et leur mère bénéficiaient gratuitement des traitements. Il faut signaler cependant que les médicaments pédiatriques existaient à peine, et les examens de suivi avant et pendant le traitement n'étaient pas systématiquement gratuits. En 2004, le gouvernement va s'engager aux côtés de l'Unicef et de la Coopération française dans le *projet Bi Multi OEV*, dont le but était d'apporter une assistance médicale, nutritionnelle et scolaire aux enfants de 0-18 ans considérés comme particulièrement vulnérables à cause du sida. Circonscrite au départ à trois sites, cette action va s'étendre à l'ensemble du territoire en 2006, à l'initiative du PNS-OEV 2006-2010. Rendu possible grâce au financement du Fonds Mondial, le PNS-OEV est le premier programme national de *pédiatrie sociale* au Cameroun. Ce n'est pas un hasard s'il intervient dans le contexte de l'épidémie. En 2006, 52 ONG et associations locales vont signer une convention avec le gouvernement. Le VIH/sida constitue le principal critère d'éligibilité pour les enfants, même s'il n'est pas le seul. Le territoire va être divisé en 71 sites d'intervention. Le budget initial de 33 milliards de FCFA prévoyait un échelonnement sur cinq ans, et l'aide devait être distribuée aux enfants par trimestre, à travers les ONG et associations sélectionnées. Placé sous la tutelle du ministère des affaires sociales et du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), le programme va s'arrêter brusquement en 2008, sans autre forme de procès. Il prévoyait de venir en aide à au moins 180 000 OEV, il n'en aura touché que 70 000. Jusqu'ici personne ne sait exactement pour quelles raisons exactes (il n'y a pas de rapports), si ce n'est une note du ministère les informant de ne pas arrêter leurs activités mais de continuer malgré tout, en diversifiant leurs partenariats. En 2009, c'est l'ONG internationale Care Cameroun qui va organiser seule et de façon très chaotique, le dernier soubresaut du PNS-OEV.

Aujourd'hui, c'est grâce à un programme de l'Unicef, le programme EVS (Enfants et VIH/SIDA)

que certains OEV reçoivent un soutien. Ce programme de portée nationale ne concerne cependant que quelques sites par régions, et il est très fortement encadré. Le fait qu'il n'y ait pas de programme formel du gouvernement ne veut pas dire que sur le terrain rien n'est fait. Bien que de nombreuses ONG et associations locales aient fermé faute de moyens de fonctionnement, une bonne partie d'entre elles continuent ses activités. La caractéristique majeure de ces acteurs, c'est qu'ils ont comme principaux partenaires, des ONG internationales (annexe 1). La remarque est aussi valable pour les acteurs hospitaliers qui font la prise en charge pédiatrique et sociale. Malgré la disponibilité des formules pédiatriques, certains centres suivent plus de 500 enfants tandis qu'ailleurs il y en a 3 (dans la même ville. Le contraste est moins marqué en périphérie). Outre le fait qu'il y ait un problème de formation, les centres qui s'impliquent dans la prise en charge pédiatrique s'avèrent être toujours ceux qui bénéficient d'un partenariat privilégié avec un acteur international (annexe 2). Il n'est pas exclu que c'est à partir d'une dynamique pré existante que vient se greffer le soutien international, tout comme il est possible que ce soit justement le soutien international qui constitue le gage de l'implication des acteurs.

Rien dans la dynamique camerounaise de prise en charge des enfants n'en fait une question potentiellement porteuse de conflits et d'enjeux politiques. Tous les acteurs jouissent d'une certaine autonomie dans leurs activités, et il n'existe pas de mobilisation collective forte pour faire pression sur l'Etat. Si cette pression existe, elle n'est pas endogène. Et pourtant, à travers ce consensus apparent se jouent des rapports de force et de pouvoir que seule une approche en termes d'analyse des politiques publiques permet de voir.

ENTRE POLITISATION ET DEPOLITISATION, L'ESPACE PUBLIC DU SIDA REVISITE

Dans la conception populaire, ce qui est politique n'est pas ordinaire. C'est un domaine d'action spécialisé, quelque chose à part, quelque chose d'extérieur, et de forcément compétitif. Lorsque les gens sont intrigués du fait qu'une thèse en science politique porte sur le sida, c'est parce qu'ils envisagent la politique comme un lieu de compétition partisane, de conquête du pouvoir ou de relations entre puissances étatiques dans un cadre géostratégique. Cette conception s'accompagne alors d'une vision dépréciative de ce qui est politique, parce que le politique renvoie dans ces cas à des coups bas, à des combines et des manœuvres de tout genre pour le pouvoir et les privilèges auxquels il donne accès. Si le sida n'est pas politique, c'est parce qu'il n'y a pas de confrontation directe avec le pouvoir étatique. L'idée de conflit est ici fondamentale pour parler de politisation.

Pour Jean Leca, il faut entendre la politisation au sens de « *la croissance de densité politique au sein d'une société, et non pas au sens courant de prise de conscience individuelle de l'importance politique de tel problème* ». Suivant cette vision, il n'y a pas de politisation quand il n'y a pas de conflit ouvert, quand les principes sont tellement bien acceptés ou intériorisés que le groupe les fait siens, ou que le groupe règle lui-même ses conflits, sans avoir recours à l'arbitrage du système politique. Dans le même ordre d'idées, Jacques Rancière affirme : « *la question de la politique commence là où est en cause le statut du sujet apte à s'occuper de la communauté* ». Parler de la dimension politique d'un problème, c'est voir alors par quels moyens un problème acquiert un caractère politique, ainsi que ce que le succès, l'échec ou l'absence de résultats de son traitement représente pour l'autorité instituée et l'ordre social.

Suivant une approche différente, Jacques Lagroye définit la politisation comme : « *une requalification des activités sociales diverses, requalification qui résulte d'un accord pratique entre les agents sociaux enclins, pour de multiples raisons, à transgresser ou à remettre en cause la différenciation des espaces d'activité* ». Selon Lagroye, ce processus de requalification résulterait en pratique de deux éléments : soit de l'intervention d'acteurs considérés comme acteurs politiques dans une activité qui ne l'était pas (par un processus de *détournement de finalité*), soit de l'énonciation par des acteurs agissant hors du champ politique du caractère politique de leurs actions (par un processus de *dépassement des limites*). Ramenées au contexte camerounais, ces deux approches ne semblent pas suffisantes pour observer le caractère politique de l'épidémie du sida car par un *accord pratique* entre les agents sociaux, il n'y a pas de requalification de nature à *remettre en cause la différenciation des espaces d'activités*.

Les stratégies de dépolitisation

La politisation a un coût. Comme le décrivent si bien Gilbert et Henry, lorsqu'un problème déborde l'espace confiné dans lequel les problèmes sont habituellement examinés, c'est la marque d'une rupture des compromis, de l'effritement des alliances réalisés et des équilibres. L'entrée dans une logique de politisation présente des risques élevés de désappropriation, de troubles, et de perte de contrôle. Pour des questions de stabilité, de compromis et d'équilibre, il semble donc important qu'un problème ne déborde pas son cadre habituel de traitement. Trois arguments permettent d'enlever à la question du sida et de la prise en charge des enfants qui y sont

confrontés toute charge polémique : l'argument social, l'argument sanitaire ou médical et l'argument économique.

. *L'argument social et familial*

Comme l'ont fait remarqué Vairel et Zaki à propos des bidonvillois au Maroc, le recours à l'argument du social est un instrument de désamorçage de la protestation. Il n'est pas seulement utilisé par les autorités publiques, mais aussi par les autres acteurs. C'est une stratégie d'évitement du conflit que les *dominants* comme les *dominés* maîtrisent. A la question « *quel est votre sentiment sur le sida et la prise en charge des enfants au Cameroun ?* », aucune référence au politique n'a été évoquée d'emblée. Après avoir salué les progrès accomplis depuis une dizaine d'années et évoqué le fait que la prise en charge des enfants constituait un problème assez nouveau, nos interlocuteurs ont toujours fait référence à la dimension sociale et familiale de l'infection, qu'ils expriment l'avis du groupe ou un avis personnel. Cet argument social et familial suivant lequel l'enfant (qu'il soit affecté ou infecté), dépend de sa famille (en général ce sont des familles pauvres) et doit être aidé au plan alimentaire, scolaire, psychologique voir juridique et au plan de sa santé, est la motivation première des différents acteurs. L'engagement dans l'action, chez la plupart des acteurs associatifs et les professionnels de la santé les éloigne des considérations politiques. Les discours sont centrés sur le caractère social de l'enjeu et donc de son traitement. Les acteurs évitent de rechercher des causes collectives à la situation et de désigner des responsables. Lorsqu'ils le font, c'est pour mieux marquer le caractère médical et familial de la question : « *C'est une pathologie chronique au long cours qu'il faut suivre toute sa vie. Il faut gérer les problèmes sociaux, gérer la maman, gérer la famille. Ça prend du temps. Il faut beaucoup de patience et d'investissement* », **Médecin généraliste, CTA Hopital Régional de Ngaoundéré**

Même si des fois ils dénoncent le manque de formation des pédiatres, ils ne reconnaissent pas moins que la prise en charge est difficile et que le problème, c'est le manque d'engagements des praticiens et non celui de l'Etat.

. *L'argument économique*

Parallèlement à l'argument social, les questions du manque de ressources financières et matérielles ont été abondamment invoquées dans les discours de nos enquêtés. D'un côté la crise financière mondiale, la baisse des contributions des Etats au Fonds Mondial et des budgets de coopération, l'échec du Cameroun au Round 9 sont avancés pour illustrer la difficulté à agir sur tous les fronts avec la même énergie, alors que l'épidémie n'est pas linéaire, qu'elle évolue et prend des formes diverses, a des impacts différents en fonction des populations etc. : « *Avec la gratuité des ARV, l'Etat a pris un gros risque. S'il n'y avait pas la gratuité, on courrait à la catastrophe. L'Etat fait beaucoup. Il fait de son mieux* » **Assistante sociale, Garoua**

« *S'il n'y avait pas de volonté politique, il n'y aurait pas eu de soutien international* », **Médecin**

« *A la fin du round 5, l'Etat a tout supporté sur lui. C'était dur mais il fallait que les malades aient leurs médicaments* » **Fondation Clinton**

De l'autre, la mauvaise gestion des financements, le détournement des fonds publics à des fins personnelles ou la réorientation des ressources à d'autres fins constituent les éléments de contestation majeurs des politiques gouvernementales. S'il est pensé comme un instrument de désamorçage de la contestation et d'évitement du conflit par les acteurs se situant dans les sphères de décision, il ne demeure pas moins la porte d'entrée la plus forte de la politisation des agents : « *Ce qui se passe avec les enfants, c'est la mauvaise gestion. Pour le diagnostic précoce, on n'attend parfois des mois. Des fois les formules pédiatriques n'arrivent pas. On se débrouille avec les formes adultes qu'on écrase. C'est difficile. Il y a les problèmes de surdosage et de sous dosage. Après on apprend après que les médicaments étaient quelque part et qu'ils se sont périmés* », **Médecin**

« *The government is doing something, but it is not enough. The money is not well used. Individual attitude and corruption. It is not even a matter of money; it is a matter of management. It is easy to say that we need more money. But you can not be sure unless you really use the money for the specific purpose* », **Acteur associatif Bamenda**

Il est à noter que chez la majorité des acteurs que nous avons rencontrés, cette dénonciation de la gestion publique des ressources ne s'accompagne d'aucune parole publique, pas même dans les affichages apposés dans les locaux. Ce discours de contestation s'exporte donc peu en dehors des contextes d'interactions avec l'enquêteur. Ce qui porte à croire qu'il ne serait pas sérieux.

En marge de ces deux positions, l'argument économique agit aussi comme un inhibiteur de politisation chez certains agents associatifs et communautaires engagés dans les mobilisations collectives dans l'espoir d'obtenir quelques subsides du gouvernement. De la même façon, en lien avec le contexte économique national, il est peut-être aussi la raison pour laquelle les populations s'intéressent peu aux politiques de lutte contre le sida, plus préoccupées par la survie quotidienne que par autre chose.

- le sida, un « impératif de santé »

Avant d'être pensé comme un problème de développement (Nay, 2005 ; Qamar 2003), puis comme un problème de sécurité internationale (Chabrol 2002, International Crisis Group 2001), le sida est avant tout un problème qui touche à la santé des populations. Certains professionnels de santé voient même comme une intrusion l'intérêt que les sciences sociales et en l'occurrence la science politique portent à l'épidémie de VIH. Dans l'imaginaire collectif camerounais, le sida représente un « impératif de santé », une prescription d'ordre moral qui ne se discute pas et qui se suffit à elle-même.

Ces discours placent le sida hors de toute portée politique, et tendent à occulter toute réflexion sur les choix du gouvernement, qui sont certes des choix politiques mais dont le but n'en est pas moins l'amélioration des conditions de santé. Les politiques publiques de lutte contre le VIH/sida ne sont pas utilisées comme une ressource dans la compétition politique partisane, et encore moins dans les débats publics, au nom de cet impératif de santé. Ainsi par trois fois, nous avons entendu l'expression « *La santé n'a pas de couleur politique* » dans les propos de deux élus de l'opposition (Maire SDF à Bamenda et maire UNDP à Ngaoundéré), ainsi que de la part du secrétaire exécutif de l'Alliance des Maires et des Responsables Municipaux sur le VIH/SIDA au Cameroun.

Les choix arbitrés par le gouvernement ne font pas l'objet de débats : « *Les vrais acteurs ce sont les médecins et les gens de l'hôpital. Nous on n'intervient pas à part pour aider les gens qui ont des difficultés* ». **Elu Ngaoundéré I (UNDP)**

"HIV is not a political problem. AIDS is not related to politics. We are a young council, we do not have any plan on HIV. We collaborate with the government", **Elu Bamenda III (SDF)**

« AIDS has no coloration. We share the same vision as the government. There is no particular vision of the health policies. What the ministry decide is what the council practices », **Elu Bamenda I (SDF)**

Au nom de l'argument sida impératif de santé, les politiques de lutte contre le sida apparaissent donc comme non négociables.

Certains professionnels de santé et de nombreux acteurs associatifs se plaignent de ce manque de leadership politique dans la lutte contre le sida. Pour eux, les maires, les présidents de régions et les responsables municipaux ne mesurent pas vraiment la gravité de l'épidémie. Ils s'arrêtent à la dimension sanitaire et médicale du problème sans regarder aux effets dévastateurs des conséquences de l'épidémie sur les enfants notamment, avec l'augmentation du nombre d'orphelins qu'il faudra prendre en charge.

Les stratégies d'évitement du conflit sont nombreuses, et les autorités gouvernementales n'en ont pas le monopole. La recherche tacite de compromis permet en outre de tirer profit de ses interactions avec les autorités politiquement situées.

Les enjeux de la dépolitisation

Les coûts de la politisation sont divers, variés et inégaux. Ils sont fonction des caractéristiques de l'enjeu mis débat, des attributs des acteurs impliqués, ainsi que du contexte dans lequel ces acteurs façonnent l'enjeu. Comme cela a été mentionné plus haut, les risques de désappropriation, de troubles et de pertes de contrôle sont importants lorsqu'un problème déborde son espace de traitement routinier. Cependant, même les consensus et les compromis dans lesquels les problèmes sont habituellement réglés ne sont pas neutres. Dans la préservation des équilibres, des accords tacites et des compromis, des intérêts particuliers, voir personnels sont âprement défendus. Ceux de l'Etat tout d'abord qui dans le cadre de ses pouvoirs régaliens doit prouver et renforcer sa capacité à s'imposer, ceux des acteurs internationaux aussi qui doivent dans une certaine mesure conserver le « prestige » qu'ils en tirent, et enfin ceux des acteurs locaux, intermédiaires indispensables des deux premiers acteurs.

- La quête de légitimité

Le caractère global de l'épidémie de VIH affecte la légitimité des Etats, par le haut comme par le bas. En effet, l'épidémie ne respecte pas les frontières. Aucun pays n'est donc à l'abri. Jusqu'ici, c'est la seule épidémie qui ait donné lieu à un débat au sein du Conseil de Sécurité de l'ONU et à une session extraordinaire des Nations Unies en 2001. Ses conséquences sociales, économiques voir même sécuritaires ont permis de l'inscrire comme Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD 6). La réponse à l'épidémie n'échappe donc pas à des tentatives croissantes d'encadrement de la part des organisations internationales et transnationales, au nom d'une formule largement discutée : « *Think globally, act locally* ». Ces tentatives d'encadrement ont un impact considérable sur les capacités des Etats à ressources limitées à définir et à orienter leurs propres stratégies de lutte, dans la mesure où ils sont excessivement dépendants des fonds que leur accordent les organisations internationales. Les tentatives d'encadrement passent par une sorte d'universalisation des consignes et recommandations internationales liées à la prévention, à l'accès aux soins et au suivi des personnes infectées. Bien qu'il soit laissé aux Etats la possibilité de choisir entre les différentes options proposées celles qui répondent le mieux à leurs spécificités (l'épidémie n'a pas la même physionomie partout) et à leurs modalités d'action (en fonction du système de santé), cela n'altère pas les caractères contraints de certaines orientations, comme celles relatives à l'élaboration de stratégies spécifiques à destination des MSM (Men having Sex with Men).

Conscient des capacités dont disposent ses principaux bailleurs de fonds dans la lutte contre le sida, l'Etat camerounais sait que l'absence de soutien de ces acteurs atténuerait considérablement ses capacités, et ce faisant, son autorité. C'est pourquoi il doit rassurer et séduire. Pour rassurer ses partenaires internationaux, l'Etat camerounais n'a eu de cesse de se présenter comme l'acteur de la situation. Le gouvernement camerounais est ainsi signataire de tous les textes réglementaires internationaux sur la lutte contre le sida (Déclaration d'engagement en 2001, Déclaration politique en 2006 et en 2011, Déclaration d'Abuja en 2002, signature des OMD en 2000 etc.) ; il participe activement aux mobilisations internationales de lutte contre sida (sommets, conférences, conventions, réunions de haut niveau etc.) et organise au niveau national des réunions de concertation, des réunions d'évaluations, de suivi etc. L'Etat déploie aussi un dispositif important d'encadrement des activités qui ont lieu sur son territoire, même s'il n'y participe qu'à la marge.

La globalisation des normes de santé et les nouvelles formes de gestion de la santé qu'elle entraîne peuvent également altérer la légitimité d'un Etat par le bas. En effet la rhétorique de la participation de la société civile, de la participation collective ou individuelle de toutes les couches de société, suivant la logique de la démocratie participative désacralise le rôle de l'Etat, du moins en ce qui concerne le monopole de la délivrance des biens et services publics. Désormais les groupes sociaux organisés peuvent composer directement avec des acteurs supra étatiques, sans forcément passer par l'Etat. Ils ont la possibilité de contourner la tutelle de l'Etat face aux bailleurs de fonds internationaux, voir de se poser en concurrents. Face à ce phénomène qui prend de l'ampleur avec les mutations sociales, culturelles et technologiques de la société camerounaise, l'Etat doit plus que jamais rester attentif à sauvegarder son image et son autorité auprès des populations dont il a la charge. Cela passe par des décisions politiques fortes comme les décrets sur la baisse des antirétroviraux, puis sur la gratuité, décrets concernant les subventions aux malades pour les examens, la mise en place de programmes spécifiques à destination des enfants, des femmes, de la prise en charge gratuite et totale des infections opportunistes comme la tuberculose etc. Ces décisions sont aussi des gestes symboliques de l'Etat envers sa population, une manière de leur montrer qu'il est présent et qu'il agit. En agissant ainsi, l'Etat contribue à diminuer les résistances s'il y en a (et il y en a forcément dans un contexte de pluralité de prestataires de biens et services de santé). La prestation de ce service particulier constitue une source importante de légitimité pour l'Etat.

- La quête de crédibilité

Dans ces processus d'évitement du politique, la quête de légitimité s'accompagne presque toujours d'une quête de crédibilité. En effet, vu les conséquences dramatiques du sida et les formes diffuses qu'elle prend ; mais surtout vu les moyens disponibles pour lutter contre l'épidémie, les acteurs intervenant dans ce domaine doivent se faire confiance, s'ils veulent préserver leurs intérêts. Or la confiance se travaille, s'entretient et d'une certaine façon se mérite. Les conflits, les controverses, les malentendus, les dénonciations et les revendications publiques peuvent saper la confiance, jeter le discrédit sur tel ou tel acteur ou faire tomber à l'eau toute une mécanique.

Du côté des acteurs associatifs et des professionnels de santé, la recherche de crédibilité passe par la participation aux réunions, l'exercice effectif des activités convenues (avec des moyens différenciés) et la mise en visibilité permanente de ces activités par la tenue de statistiques et la

rédactions des rapports trimestriels (voire mensuels) à la hiérarchie (le CNLS). Tout discours politiquement orienté, surtout dans le sens d'une contestation de l'ordre établi amenuiserait leurs chances de rester dans le jeu, et ce d'autant plus qu'ils sont associés (formellement au moins) aux processus d'élaboration des politiques.

Dans sa quête de légitimité, l'autorité publique cherche aussi à se montrer crédible vis-à-vis de ses partenaires internationaux. Elle essaie donc de se conformer aux exigences techniques et administratives. Par exemple, comme le veulent ses partenaires, d'impliquer les organisations de la société civile et les communautés à la base dans ses mécanismes de décision, même si ces dernières jouent plus un rôle délibératif qu'un rôle décisionnel : « *Nous on envoie nos rapports et nos orientations tout le temps, parfois on nous invite même aux ateliers mais c'est Yaoundé qui décide de tout* » (**Acteur institutionnel Maroua**).

Impliquer ces acteurs non étatiques dans le processus de décision est une stratégie porteuse d'un double sens pour les autorités politiques et administratives. D'une part cela leur permet d'étouffer toute contestation s'il y en a, et par là elles dépolitisent les acteurs et l'enjeu. L'étouffement de la contestation peut passer par la méthode douce ou par la violence, pas forcément physique, consistant en la menace de sanctions qui peuvent s'avérer lourdes tant pour le porte parole du groupe que le groupe qu'il représente. Ça a été le cas notamment après la première phase d'exécution du PNS-OEV en 2007, où près de la moitié des acteurs recensés ont été remerciés dès la première phase. D'autre part, les autorités politiques et administratives gagnent en crédibilité auprès des acteurs internationaux parce qu'elles leur fournissent la preuve d'un travail collectivement construit et dont la mise en œuvre le sera tout autant.

Pour les acteurs associatifs, *courtiers en développement*, intermédiaires privilégiés entre le global et le local, il vaut mieux être en « bons termes » avec les acteurs internationaux et l'Etat que d'être en désaccord. D'une part pour ne pas perdre les avantages que ces derniers octroient lorsqu'il y a des marchés, d'autre part pour pouvoir continuer à agir en toute autonomie, pour des raisons utilitaires comme pour le bien des personnes dont ils ont la charge (logique d'utilité politique). La dépolitisation ou l'évitement du conflit et de la contestation publique s'avère être un moyen de mieux capter les ressources de l'Etat, et d'atténuer ses ambitions de contrôle.

- Les acteurs internationaux, des partenaires intéressés

La quête de crédibilité n'est pas limitée aux acteurs locaux et nationaux. Elle touche aussi les acteurs internationaux qui interviennent dans la constitution et la mise en œuvre des politiques de lutte contre le sida. Nous entendons par acteurs internationaux les organismes de coopération bi et multilatérale et les ONG transnationales. Pour les premiers, l'évitement du politique peut se comprendre aisément par référence aux principes de droit international comme le principe de non ingérence dans les affaires intérieures des Etats. Par respect pour le principe de non ingérence ou pour éviter de provoquer des réactions brutales de la part du gouvernement ou des populations et créer des incidents diplomatiques, ces organismes veillent soigneusement à ce que ce soit l'action du gouvernement qui soit prépondérante ou visible. Ainsi l'Unicef, la représentation régionale de l'OMS, du FNUAP ou de l'ONUSIDA, Esther ou encore la GTZ disent « *faire faire* », et apporter uniquement un appui technique et financier aux politiques du gouvernement camerounais, sur demande explicite de ce dernier. A ce titre, les Organisations de la Société Civile (OSC) avec qui ils travaillent sont des acteurs reconnus par l'Etat et proposés par lui.

Avec la globalisation, les ONG transnationales occupent désormais une place importante dans les constructions des politiques internationales. Au Cameroun, elles remplacent même dans certains domaines les traditionnels bailleurs de fonds internationaux, complétant leur soutien par des « actions de terrain » : expertise, formation, plaidoyer, organisation de meetings, des séances de distribution, visites à domicile etc. Elles se soumettent aux règles établies par le gouvernement et essaient d'accomplir leur mission sans grand intérêt pour les débats politiques en cours. Pourquoi n'incitent-elles pas au débat ? Premièrement parce que la majorité a besoin pour exister et agir, des contributions des mécènes et qu'à ce titre, elles doivent rendre des comptes à leurs mandants. Par ailleurs, certaines ONG ont besoin de se construire une représentation, de justifier leur présence et leurs activités, dans une sorte de quête de reconnaissance publique et internationale. Ce n'est pas en incitant aux débats politiques et à la confrontation avec l'Etat qu'elles y parviendront au plus vite, d'autant plus qu'étant des acteurs extérieurs, le risque est grand que cette incitation produise l'effet inverse en provoquant des réflexes contre ce qui peut être considéré comme de l'ingérence extérieure.

Pour parvenir à mettre en œuvre des actions qu'elles ont entreprises ailleurs avec plus ou moins de succès mais suivant des formes plutôt violentes symboliquement, ces ONG vont agir de façon prudente avec leurs relais camerounais. C'est par exemple le cas d'Act Up Paris, Solidarité Sida

ou encore de AIDES, associations militantes en France pour leur activisme et des opérations chocs qui ont marqué le traitement politique de l'infection du VIH en France . Ces acteurs dont les revendications s'étalent au-delà des frontières françaises sont aussi présents au Cameroun, mais agissent sous d'autres formes (partenaires principaux des associations comme Positive Generation ou Alternatives Sida), privilégiant même systématiquement le dialogue, là où en France elles seraient descendues dans les rues. Cette prudence est étroitement liée au contexte politique et social camerounais, confirmant ainsi l'idée que ce qui est politique dans un contexte, peut ne pas l'être ailleurs. Les organisations internationales et transnationales ne sont pas neutres. Elles peuvent faire l'objet d'instrumentation de la part des mandants, et c'est peut-être justement ce caractère dépendant qui contribue à l'évaporation du politique sur la scène publique camerounaise de lutte contre le VIH et le sida.

Conclusion

Comme dans de nombreux secteurs de la vie publique, la volonté de contrôle de l'Etat est forte. Dans une certaine mesure, cette volonté de contrôle traduit l'enjeu potentiellement politique de la lutte contre le sida, parce que sa place et son rôle de dominant, son monopole légitime de la contrainte et donc sa légitimité pourrait s'affaiblir au contact d'acteurs multi situés. Des mécanismes sont ainsi mis en place pour que rien ne lui échappe, même si certaines prérogatives importantes, vu la technicité de l'enjeu, sont volontairement confiées à ces acteurs multi situés. On parle alors de gouvernance multi niveaux où l'Etat ne devrait être qu'un acteur parmi d'autres, mais dans le contexte d'Etat autoritaire, ce dernier semble s'en être bien accommodé. Derrière toutes les stratégies de dépolitisation mises en œuvre tant par l'Etat que par les agences de coopération, les ONG transnationales ou les associations locales, se joue une politisation diffuse et confuse que peu d'acteurs soient prêts à revendiquer, par souci de préservation d'un équilibre qui profite à (des degrés divers) à tous.

ANNEXES

1. Tableau 1. Accompagnement des enfants en milieu associatif

ONG et Associations	Prise en charge* Globale, Partielle (plan psychologique + au moins une autre dimension) Limitée (pas d'interactions avec l'enfant mais uniquement avec son référent)	Nombre d'OEV suivis	Partenaires en dehors de l'Etat
KidAIDS (Yaoundé)	Globale	532	Sidaction (Projet Grandir de France) Esther (France) Care International (France) Association Calao (France) Fondation Clinton (USA)
ACAPFAS (Centre Hospitalier Essos Yaoundé)	Partielle		Fondation GSK (France) Esther
SWAA Littoral (Douala)	Globale	475	International Women Health Coalition (IWHC) (USA) Projet Grandir de Sidaction (France) Esther Fondation de France Fondation Marc Afrique Sida Solidarité
ACAS (hôpital Laquintinie Douala)	Partielle	110	Sidaction Projet ANRS Pédiacam Fondation Clinton
APRODHAFIM (Ngaoundéré)	Limitée	200	Unicef, programme EVS 2010-2015 Care International
AJLC (Ngaoundéré)	Partielle et régulière	178	Unicef, programme EVS 2010-2015 Care International
ASMECA (Ngaoundéré)	Partielle et régulière	170	Unicef World Assembly for Muslim Youth (WAMY)
AFSU Maroua (Maroua)	Pas d'accompagnement		-
GIC Avenir Femme	Partielle et très récente	54	CORDEC (Hollande) Pain pour le Monde (Allemagne) APRICOM/Care International
Garoua Eveil (Garoua)	Pas d'accompagnement		-
CMWA (Bamenda)	Globale	700	Unicef programme EVS USAID (USA) Bread for the world (Allemagne) African Women Development Fund Care International
MUSAB (Bamenda)	Globale	240	Unicef programme EVS Voluntary Service Overseas (VSO Grande Bretagne)

* Lorsqu'elle est globale, elle concerne les groupes de paroles pour enfants, la préparation à l'annonce de la séropositivité, des dons alimentaires/nutritionnels réguliers, soutien médical/sanitaire aux enfants dans le besoin, soutien scolaire à la rentrée, juridique, visites à domicile, médiations familiales etc. Lorsqu'elle est partielle, elle concerne au moins deux aspects de la prise en charge dont obligatoirement un soutien alimentaire ou nutritionnel. Lorsqu'elle est limitée, il s'agit d'un suivi psychologique basique (entretien avec l'enfant ou l'adolescent).

Ce sont les associations bénéficiant de financements étrangers qui parviennent à s'occuper le mieux des enfants confrontés au VIH/sida.

Tableau 2. Accompagnement psychosocial des enfants en milieu hospitalier

Formations sanitaires	Types*	Enfants sous traitement	Aides médicales**	Education thérapeutique***	Soutien nutritionnel****	Soutien psychologique	Actions de proximité*****	Partenaires inter
Fondation Chantal Biya/Centre Mère-Enfant (Ydé)	UPEC	630	×	×	×	×	×	Pédiacam Synergies Afri Fondation Tota
Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique (Ydé)	CTA	50		×	×	×		-
Hôpital Laquintinie (Dla)	CTA	350	×	×	×	×	×	Projet Pédiacam Fondation Clint Fondation Tota
Centre Médical d'Arrondissement de Soboum (Dla)	UPEC	60		×		×		MSF
Hôpital de District de Djoungolo (Ydé)	UPEC	3				×		-
Centre d'Animation Sanitaire et Social (Ydé)	Site PTME	-		×	×	×		Congrégation catholique (...)
Hôpital de District de la Cité Verte (Ydé)	UPEC	-		×				-
Hôpital de District de Nylon (Dla)	UPEC	40	×	×	×	×	×	MSF SunAIDS (Fra) Esther
Centre Médical Les roseaux (Dla)	UPEC	43		×		×	×	Hôpital privé
Centre de Santé Padre Pio (Dla)	Site PTME	-		×	×			Congrégation Franciscains
CME Efoulan (Ydé)	UPEC	4		×		×		-
Hôpital de district de New Bell	UPEC	70		×		×		MSF

*CTA (Centre de Traitement Agréé), UPEC (Unité de Prise en Charge) structures de fourniture d'ARVet de suivi des PVVIH sous traitement

**dispense de frais médicaux pour les consultations, les vaccins, les hospitalisations, etc.

*** thèmes abordés en salle d'attente lors des consultations pédiatriques ou individuellement : alimentation, hygiène de vie, observance, etc.

**** du lait artificiel pour les mamans qui en ont besoin, des biscuits diététiques pour les enfants VIH ou non malnutris

***** communications téléphoniques avec les référents des enfants, visites à domicile, médiations familiales

Données Yaoundé-Douala, janvier à avril 2011