



ELEMENTS DE SYNTHESE

ATELIER DE CLOTURE DU PROJET CORUS ET LANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE GOUVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE

13 et 14 décembre 2011

*Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés (SE4S)
Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur (ORS PACA)
23 rue Stanislas TORRENTS, 13 006 Marseille*

Projet CORUS n°6091 – « Les recompositions de l'action publique à partir de la lutte contre le Sida. Approche interdisciplinaire pour une recherche opérationnelle en santé en Afrique. Cameroun, Burkina Faso, Botswana. »

Projet de recherche Sida et Gouvernance en Afrique – « Accès universel, différentiels nationaux. Limites, obstacles et perspectives. Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal. » Contrat d'Initiation (CI ANRS 12251)



Compte-rendu et éléments de synthèse préparés par Perrine Bonvalet, Olivier Nay, Fred Eboko & Camille Le Jean

INTRODUCTION

Les questions qui ont présidé à la problématique du projet Corus 2 qui s'achève et de celui du projet Gouvernance qui se construit constituent le nœud gordien d'une situation historique charnière. Pensé et organisé en pleine période de « Scaling Up », suite à l'accélération de l'accès aux ARV en Afrique subsaharienne, le projet Corus 2 visait à comprendre et à rendre intelligibles les processus politiques et socio-historiques qui guidaient et orientaient l'action publique transnationale contre le sida dans cette décennie 2000, à partir de trois pays : le Burkina Faso, le Cameroun et le Botswana. Entre l'espérance portée par l'accès aux soins des populations les plus éprouvées par la pandémie du sida d'une part et les questions de mise en œuvre et d'organisation concrète de ce « passage à l'échelle » d'autre part, nous avons étudié trois configurations différentes d'une « révolution thérapeutique » en Afrique subsaharienne. L'amorce du projet « Gouvernance et sida en Afrique » en 2011 intervient au moment précis où la crise financière internationale tendrait à remettre en cause les progrès exceptionnels accomplis par la solidarité internationale et les pays africains face au sida, à partir de quatre pays : le Sénégal, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Cameroun. Le premier projet s'est déroulé dans un contexte d'espoir ; le second s'ouvre sur un environnement international lourd d'inquiétude du fait de la plus grave économique que le monde ait connu depuis 1929.

En organisant un double atelier et en réunissant des chercheurs constituant l'intersection entre ces deux projets, nous avons, ensemble, rassemblés des contributions qui se situent au cœur de cette situation historique charnière à laquelle le monde et l'Afrique font face. D'une période à l'autre et d'un projet à l'autre, un glissement historique et scientifique s'est opéré au cœur d'une problématique de santé publique. Entre hasard et nécessité, la filiation du second projet vis-à-vis du premier place notre travail collectif face à un défi de santé publique auquel nos travaux proposent des pistes scientifiques ambitieuses. Ouvertes aux exemples béninois et ougandais, les présentations ont donc concerné sept pays, plusieurs niveaux d'analyse (du niveau international au niveau microsociologique en passant le noyau dur des dimensions politiques nationales) et plusieurs disciplines des sciences sociales (science politique, sociologie, anthropologie, économie, géographie et santé publique). Inspiré par un regard et les apports sociohistoriques, l'ensemble des présentations mettent en exergue des analyses diachroniques et synchroniques.

En abordant d'autres pathologies que le sida, les travaux novateurs, menés respectivement sur l'organisation de la prise en charge de la co-infection VIH-TB d'une part et paludisme d'autre part, ont permis d'éclairer les enjeux multiples de santé publique que doivent affronter un monde en mutation et les pays du africains sujets à une incertitude financière sans précédent depuis la découverte des ARV. Les acquis scientifiques d'une décennie pendant laquelle il s'est agi d'analyser les avancées et les limites de modèles d'action publique multiniveaux (international, national, local), portés par des acteurs transnationaux, ont donc éclairé les pistes heuristiques et méthodologiques permettant de rendre compte, au niveau des sciences sociales, de l'Afrique face au sida dans « un monde nouveau ».

Un regard transversal sur notre atelier permet de classer la progression de ces deux journées en deux thématiques : acteurs, usages et systèmes de santé en Afrique ; gouvernance en recomposition dans un monde en mutation.

13 décembre 2011

NORMES INTERNATIONALES, DYNAMIQUES TRANSNATIONALES

Dr Yolande Obadia, directrice de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS PACA) a ouvert l'atelier par un mot de bienvenue. Elle a ensuite présenté les transformations en cours au laboratoire de sciences économiques et sociales, systèmes de santé et sociétés (SE4S), dans la perspective des projets de l'IHU. Elle évoque également dans cette optique l'attente de l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) vis-à-vis des travaux concernant les pays du Sud. Le laboratoire s'agrandit, dans la dynamique de la récente collaboration avec la faculté de médecine et devient le SESTIM au 1^{er} janvier 2012. Il quittera les locaux actuels pour déménager à la faculté de médecine de Marseille.

Fred Eboko a présenté en détails les différentes équipes du laboratoire SE4S/SESTIM et les transformations en cours au sein de celui-ci. Il est, en outre, revenu sur les résultats obtenus dans le cadre du projet CORUS en matière de politiques de lutte contre le sida en Afrique et a évoqué la question du leadership, la forme de l'Etat : « militant » ou « délesté », les associations « pro-actives », en cours d'émancipation ou encore « soumises » à des dépendances polymorphes.

PREMIERE SESSION

NATIONAL SKILLS: DOES AFRICA EXIST?

DIRECTIVES INTERNATIONALES, PROGRAMMES NATIONAUX

Présidente de cette session, Fatoumata Ouattara, évoque les tensions entre l'international et le national. Il s'agit lors de cette première session d'échanger autour de ces questions et de discuter des perspectives de collaboration.

1. Présentation du contexte socio-politique et épidémiologique des trois pays : Burkina Faso, Cameroun, Botswana

M. Mathias Eric Owona Nguini a présenté le contexte socio-politique et épidémiologique des trois pays concerné par le projet. Il existe des configurations propres à chaque pays, des systèmes économiques et politiques particuliers, une intégration différente des exigences de la biopolitique. Ces pays sont cependant proches par certains aspects notamment par la dépendance aux grandes industries pharmaceutiques et aux financements internationaux.

Alors que ces trois pays ont des trajectoires historiques et sociopolitiques variables, des systèmes différenciés et des rapports très inégaux à la « bonne gouvernance », chacun des pays s'aligne, à sa manière, sur les référentiels internationaux.

Si on regarde leurs indicateurs, le Botswana a de très bons indicateurs économiques, de gouvernance et de développement. Pourtant, c'est au Botswana que l'épidémie est la plus forte.

Les mobilisations sociales sont également très diverses.

Lors de la discussion, Fred Eboko a souligné le lien entre la santé économique d'un pays et sa réponse à l'épidémie (et non avec son niveau de séroprévalence). Le Burkina Faso se distingue du Cameroun et du Botswana par le niveau d'implication des associations. La question de la gratuité y a été plus ambivalente. En effet, avant la gratuité générale des ARV (2009), 25% des patients burkinabés étaient déjà sous traitement gratuitement via les associations.

2. Système de santé publique et appropriation des normes internationales de la lutte contre le sida. L'exemple du Burkina

Habibou Fofana a présenté l'évolution du système de santé au Burkina Faso avant d'aborder la question de l'équité et de la mesure de la santé.

- Avant l'indépendance du pays, le système de santé de l'ancienne Haute-Volta était structuré autour des différentes épidémies. L'objectif des autorités coloniales était la mise en valeur du territoire. Ont ainsi été mis en place des programmes *ad hoc* pour faire face à ces épidémies, des systèmes de surveillance des zones de prévalence en fonction des cycles d'épidémies, des objectifs d'assainissement. La politique de santé était pensée à partir des Postes de Santé Primaires, une appropriation locale des SSP.

Cette manière d'envisager la santé s'est encore renforcée dans les années 1980 par la révolution sankariste : la santé des « masses productives » (Conférence Alma-Ata, 12 septembre 1978) est au cœur de la politique de santé. Il s'agit de penser la santé et le développement ensemble. 1 village = 1 poste de santé primaire. L'objectif est alors de développer les infrastructures sanitaires et le redéploiement des personnels de santé en milieu rural.

Cet idéal est conservé après 1987 (coup d'Etat et assassinat de Thomas Sankara), bien que cette dynamique politique soit relâchée. Elle est alors adossée à la décentralisation. L'enjeu est alors la mise en place des districts sanitaires et leur opérationnalité. Les Politiques d'Ajustement Structurel et la crise économique entraîne une rareté des ressources financières et une contraction des ressources humaines.

Les cadres stratégiques de lutte contre le sida font émerger de nouveaux repères en matière de santé publique, et cible des « publics » nouveaux (populations vulnérables, à risques, stigmatisées).

De la question du développement rural, le focus porte désormais sur ce que doit être un système de santé publique. Le CSLS est un cadre concurrentiel des priorités (stratégies) englobant de multiples acteurs (organisations internationales, associations, communautés, etc.). Les partenaires techniques et financiers et les communautés se mobilisent et mettent en place des programmes verticaux de lutte contre le VIH / sida. Un souci d'harmonisation des outils de gestion et de coordination émerge alors. La constitution du Conseil National de Lutte contre le sida (CNLS) est un processus d'autonomisation du secteur de la santé et des enjeux institutionnels.

- Habibou Fofana a ensuite posé la question de l'équité (d'autres pathologies...). L'exigence du public se combine alors avec la logique du privé :

- Financements ciblés et concurrence entre les PTF (Partenaires techniques et financiers) sur la lutte contre le VIH / sida
- Cadre juridique du droit à la santé, des personnes infectées ;
- Prise en charge du sida et inconfort du thérapeute du service public (accès gratuit aux médicaments VIH contrairement à d'autres maladies) ;
- Traitement équitable des ressources humaines. L'attrait des fonctions administratives et de coordination des projets et programmes, ONG/Associations entraînent des effets discriminatoires sur l'expertise et le personnel hospitalier. Est observé une migration, un déplacement des compétences, une augmentation des mises en disponibilité, des détachements...

- Mesurer la santé, c'est administrer la santé qui est souvent le monopole étatique en matière statistique ; c'est mobiliser des financements (diversification des producteurs des statistiques, des critères de performance). La mesure de la santé passe donc d'un rôle illustratif à une fonction démonstrative des indicateurs.

Habibou Fofana a terminé par une explication des échecs aux rounds 8 et 9 du Fonds Mondial. Le Burkina Faso n'a pas réussi à montrer que les priorités nationales étaient acceptables au niveau international.

3. De l'expérience d'agents de santé du service étatique en besoin de création d'association de malades du sida en milieu urbain

Après un rapide historique, Salfo Lingani s'est intéressé à l'expérience des agents de santé en besoin de création d'associations de patients. M. Lingani a orienté sa présentation selon ses deux axes de recherche : la posture des agents de santé et la création d'association.

Le premier cas de sida au Burkina a été signalé en 1986. Les plans nationaux existants avant 1995 ont été étendus jusqu'en 1999. Puis, des plans nationaux ont été mis en place : 2011-2005 ; 2006-2010 ; 2011-.... Au sein du Conseil National de lutte contre le sida (CNLS), les mouvements associatifs ont une forte représentativité. Le poids politique (rôle du Président) a également placé la lutte contre le sida dans le champ politique et l'élaboration de normes juridiques. Des comités ministériels ont été créés en 2000-2011. En 2002, un Arrêté a été pris instituant la création de « comités sida » au sein des entreprises. Le Burkina sera pris en exemple sur ce point la notamment.

Salfo Lingani a évoqué dans un premier temps la lourdeur du système de santé burkinabé et du dispositif ministériel de prise en charge. Dans un second temps, il a mis en exergue le poids des tensions en milieu professionnel (stigmatisation des personnes atteintes du VIH/sida, temps de travail, aménagement du poste).

Les agents de santé doivent s'organiser collectivement pour peser dans le champ social du sida. Ils créent donc des associations. Mettant en avant les limites d'une action individuelle, il donne l'exemple d'une infirmière séropositive qui a mobilisé ses collègues puis créé son association.

Les dysfonctionnements du dispositif ministériel et public entraînent les malades à être cooptés par les associations. Toutefois, ce sont des « biens portants » qui en occupent la tête, les « malades » étant en retrait. Les personnes séropositives créent donc d'autres associations qui leur servent de tremplin politique pour se repositionner sur l'espace public. Ils font un usage politique de leur séropositivité et « l'institutionnalise ».

En concluant, Salfo Lingani rappelle le rôle des soignants dans la cooptation et l'assistanat et s'interroge sur la mobilisation des ressources en fonction de l'intérêt collectif ou individuel.

Dans la discussion, William Tchuinkam évoque le cas du Cameroun pour poser la question du poids des représentations du pays aux yeux du Fonds Mondial et ce que cela implique dans l'arrêt des financements. Quelle crédibilité donner aux justifications de refus des financements ?

Pour Fred Eboko, la question est de savoir dans quelle mesure les outils du Fonds mondial s'adaptent aux systèmes locaux pour mesurer les performances locales ?

Habibou Fofana explique que le Fonds Mondial réussit à imposer sa légitimité en imposant une généralité (des normes et des standards) qui peut englober toutes les situations et qui sert d'argument de pertinence. Les priorités nationales doivent pouvoir être traduites en termes internationaux. C'est une pure logique d'évaluation des formes! Avec des critères autonomes de jugements qui ont la force de s'imposer. . La procédure prime sur les actions proposées. Le jugement de la commission porte sur les principes capitaux et met l'Etat et les associations en concurrence.

4. Comparer, distinguer, synthétiser. Quelques pistes théoriques, quelques écueils à éviter : avoir les moyens théoriques de nos ambitions méthodologiques?

En guise de repositionnement théorique, Fred Eboko revient sur la question de la comparaison. Il évoque les « 3I » (Idées, Intérêts, Institutions) et les quatre phases de l'analyse de l'action publique (construction du diagnostic des problèmes, élaboration des solutions, adoption des mesures, mise en œuvre). A partir d'un article d'Hassenteufel, il revient sur les écueils possibles de la comparaison. Il n'est cependant pas forcément nécessaire de choisir entre différents types de comparaison. Il s'agit de participer au renouvellement des approches comparées et des notions classiques de l'analyse des politiques publiques. Il faut mettre en lumière ce modèle dissonant de politique publique sans céder à un jugement de valeur.

**DEUXIEME SESSION
MALADIES DECLASSEES, RECLASSEES:
DOES THE REPUBLIC OF THERAPY EXIST?**

1. La co-infection tuberculose/VIH entre questions anciennes et nouvel objet. Un paradigme des sciences sociales de la santé globale ?

Laurent Vidal présente les résultats des recherches sur la co-infection TB-VIH publiées dans un livre intitulé « la double peine ». Il évoque 4 points :

- le poids de l'histoire sur les institutions, pas seulement sur les corps ;
- la logique des injonctions : pour renouveler l'approche VIH/ tuberculose (TB), il faut intégrer VIH et TB ;
- la question de la verticalité des programmes : il y a une pluralité de verticalités ;
- les déclinaisons locales de principes qui sont pensés de manière globale : il y a une culture médicale différente dans la TB.

Très peu d'études existent en sciences sociales sur la co-infection.

Il existe une permanence de la volonté de structuration dans la construction de la lutte dans la co-infection. Ce souci exige de chercher un équilibre entre préventif et curatif, de rapprocher le traitement des populations. Les acteurs VIH pourraient s'inspirer de la décentralisation de la lutte contre la tuberculose. Une dimension commune aux deux pathologies (VIH et TB) est la crainte de l'émergence de résistances.

En théorie, il existe des espaces de collaboration de la TB et du VIH mais la manière dont les deux programmes sont structurés peut constituer un obstacle à la collaboration. Par exemple, la vision multisectorielle du VIH et mono sectorielle de la TB alors que la TB est une maladie sociale par essence. Laurent Vidal interpelle les politistes sur le potentiel que constitue l'analyse de la prise en charge de la co-infection VIH-TB.

Une autre question est celle des personnels de santé. La pluralité des personnels et la diversité de leur formation ne sont pas nouvelles. La difficulté des autorités réside dans l'identification des formations nécessaires. De nombreux enjeux existent autour de la gratuité des traitements.

Le circuit du patient est difficile à gérer car il se déroule dans des espaces différents, parfois incohérents.

Les mobilisations collectives et le rapport à la maladie sont différents. Les pratiques autour du consentement le sont aussi. Faudrait-il harmoniser les pratiques du conseil et de l'orientation ? Peu d'associations de lutte contre le sida mettent également la TB sur leur agenda. La cause de la différence de mobilisation peut être trouvée dans le fait que les malades guérissent de la TB.

Au final, la prise en charge de la co-infection fonctionne même s'il manque des passerelles entre les deux au niveau central. Le système doit être observant : il doit faire ce qu'il a décidé de mettre en place ! Il faut également s'interroger sur l'inobservance du système !

Dans la discussion, Muriel Same Ekobo remarque que les premiers plans étaient ceux de la lutte contre la lèpre où on retrouve une population cible, la gratuité...

2. Le paludisme à l'heurt du sida. Une comparaison Burkina Faso-Cameroun.

Muriel Same Ekobo montre que pour les deux maladies (sida et paludisme) la stratégie se fait par le haut (top-down), que les organisations internationales s'imposent et que la bonne gouvernance est mise en avant. Comment la lutte contre le paludisme est-elle déclassée par le VIH avant d'être reclassée grâce à lui ? Comment des pays avec des profils différents peuvent-ils avoir des résultats probants ? Quels sont les déterminants ?

Le sida a été le détonateur d'un nouvel élan contre le paludisme. Le sida a « détourné » les moyens de la lutte contre le paludisme mais il y a eu ensuite un retournement au profit du paludisme grâce aux liens entre les deux pathologies, soulignés au sein de la communauté des médecins tropicalistes. Les programmes de paludisme ont été copiés sur le VIH.

La politique est ambitieuse mais les objectifs n'ont pas été atteints à cause des insuffisances des systèmes de santé et des inégalités entre les régions (les politiques servent à la redistribution politique). Il y a une multipolarisation des acteurs. Au Burkina Faso, les mobilisations plurielles compensent la faiblesse de l'Etat. Au Cameroun, l'Etat est otage d'une juxtaposition de réseaux et de gouvernances différentes, entre le PNLP et, au-dessus les représentants de l'initiative internationale Roll Back Malaria.

Le gouvernement du paludisme donne des leçons pour le sida. Le paludisme est un complexe pathogène qui est construit territorialement. Il y a un emboîtement des différentes territorialités des dynamiques sociales et une modification du parcours de soins. Dans la décentralisation et l'action publique, il y a des territoires « gagnants » et des territoires « perdants ». Il faut donc privilégier une approche de gouvernance territorialisée pour dépasser les approches sectorielles.

Lors de la discussion, est évoqué le fait que le problème d'observance existe aussi pour le paludisme car une part importante des patients ne prennent pas le traitement jusqu'au bout. Pour la prise en charge, l'algorithme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est largement diffusé mais il ne laisse pas beaucoup de marge de manœuvre en cas de complications.

La question est posée des liens entre « Roll back malaria » et les PNLP. Au Cameroun, le comité Roll back Malaria supervise la mise en place du PNLP. Il y a donc beaucoup d'enjeux politiques autour de ce comité.

3. La normalisation de la politique du sida au Bénin

Perrine Bonvalet a tout d'abord présenté succinctement la situation du Bénin puis la politique d'accès au traitement mise en place.

Le taux de prévalence au Bénin est de 1,9%

Le Bénin a bénéficié d'un financement de 50 millions de dollars US au round 9 du Fonds Mondial. La Banque Mondiale a mis en œuvre un programme composé de projets multisectoriels avec un co-financement étatique de 40%.

Dans les années 2000, le CSLS est la réaction nationale à l'impulsion internationale.

Mlle Bonvalet explique que la politique d'accès au traitement a été élaborée par des techniciens, des experts. Cette politique est peu publicisée.

La réflexion au sein du CNLS se fait par le biais de la coordinatrice, l'implication du Gouvernement est faible. Le rôle des médecins (à travers le GIP-ESHER) et des réseaux professionnels (notamment du Nord) est central dans la diffusion des normes internationales. Récemment, l'émergence d'experts nationaux pourrait remettre en cause les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Au Bénin, le rôle de la société civile est faible. La prévention est plutôt l'apanage des ONG et associations, la prise en charge réservée aux structures étatiques.

TROISIEME SESSION LES MOBILISATIONS COLLECTIVES PEUX-TU DIRE « J'AI MAL » A MA PLACE ?

1. Les associations de lutte contre le SIDA dans la politique nationale d'accès au médicament au Cameroun, le cas de Yaoundé.

Cyrille Moneye Enyu'u présente la place des associations de lutte contre le sida dans la politique d'accès aux traitements au Cameroun. Comment se structurent les associations dans la complexité du champ local du VIH ?

Il y a des reconfigurations des regroupements associatifs. Recap+ a été créé par la GTZ et Calsce par ESTHER. On observe une spécialisation fonctionnelle des associations.

La coopération avec les autres acteurs peut être pacifique (MSP, CNLS, partenaires, hôpitaux) ou conflictuelle (associations, associations partenaires).

Les associations participent au remodelage du cadre symbolique de la perception de la maladie. Les problèmes au plan structurel et culturel sont des freins à l'accessibilité.

Il y a des défis à la solidarité associative.

2. Émergence et recomposition de l'action publique des associations de lutte contre le sida au Burkina Faso.

David Ilboudo présente son travail sur l'émergence et la recomposition de l'action publique des associations de lutte contre le VIH au Burkina Faso. Ces associations ont des activités psycho-sociales, des activités d'entraide endogènes, des initiatives de l'ONG. Cela provoque des recompositions et permet une conquête de l'espace public.

La réponse nationale était fondée sur la prévention. Elle offre le contexte de l'émergence du phénomène association. Les associations ont une logique idéologique : elles portent un label de « solidarité ». Il y a 3 formes de solidarité.

Elles interviennent dans des domaines laissés pour compte par la politique nationale (indigents, « social »...). Le CNLS a développé un programme d'appui communautaire. Il appuie les revendications pour l'accès aux traitements mais il n'a pas les moyens de le financer directement.

Les activités en cours permettent une lecture critique sur le poids des ressorts communautaires et des déterminismes institutionnels. La priorité est aux associations qui ne font pas contre-poids mais adhèrent aux orientations nationales. Elles n'ont donc réellement pas de pouvoir d'initiative. De plus, elles sont en concurrence entre elles pour avoir accès aux ressources du PAMAC (Programme d'Appui à la Mobilisation et à l'Action Communautaire). Si une association n'a pas de lien avec le PAMAC, elle est considérée comme une association de seconde catégorie. Mais le poids de l'Etat pèse sur le fonctionnement du PAMAC.

Les perspectives pour une thèse dégagent 3 axes :

- compétences des associations de santé dans le domaine de la santé
- logique des associations
- classement.

3. Associations locales et lutte contre le sida au Bénin : des logiques d'implication ambiguës.

Clément Soriât présente une communication sur les associations locales et la lutte contre le VIH au Bénin. Il s'intéresse aux programmes de soutien psycho-social et particulièrement de soutien des OEV, programme qui dépend de la cellule cœur d'espoir du ministère de la famille.

Dans une architecture complexe, ces programmes sont des fenêtres d'opportunité pour de nouveaux acteurs.

Implication du Bénin dans GIPA

Ce travail développe deux hypothèses :

- malgré le tissu associatif développé, les mobilisations collectives sont faibles ;
- les associations fonctionnent selon une logique entrepreneuriale.

Il y a eu des mobilisations collectives autour de l'accès aux antirétroviraux. En 1996 naît la 1^e ONG dans le domaine du sida au Bénin (AEV) qui devient le point focal du réseau africain. A partir de cette date, des ONG de développement s'engagent dans le plaidoyer. Toutefois, les associations sont isolées et la densité de leurs relations est faible. D'importantes associations qui fonctionnent bien coexistent avec de petites associations isolées.

M. Soriat met en garde sur la normativité des propos. Les acteurs des associations ne doivent pas nécessairement se mobiliser.

Il y a un discours marchand dans le champ du VIH qui montre l'irruption dans le champ du new public management. Il y a également une gestion axée sur les résultats qui crée un marché et met les ONG en concurrence. Les ONG deviennent donc des courtiers en développement et suivent un modèle entrepreneurial.

A partir de cas précis, on peut voir que les courtiers sont des acteurs multipositionnés qui sont à l'interface. Ils combinent un certain volume de capital culturel, social et économique. Ils ont acquis des dispositions spécifiques.

Dans la discussion, il est recommandé à Clément de s'intéresser à la littérature sur les « entrepreneurs de mouvements sociaux ». Aux trois intervenants, des questions sont posées sur une possible observation d'un recours à la force/au conflit avec les Etats et sur l'influence des militants altermondialistes et de l'expérience sud-africaine. C'est apparemment le cas au Burkina Faso.

14 décembre 2011 : QUI GOUVERNE ?

PREMIERE SESSION

GOVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE : QUI GOUVERNE ?

1. « Performance Based Funding » : un outil de gestion controversé. Le cas du Fonds Mondial

Le Fonds Mondial (FM) a été créé en 2001 par Kofi Annan et il est devenu à ce jour un des principaux acteurs dans la santé globale et principalement dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il se définit comme un mécanisme de financement et non comme un opérateur de terrain. Son mode de fonctionnement est basé sur un principe de gestion, le « Performance Based Funding » (PBF).

Les difficultés financières actuelles du FM montrent la dépendance excessive de la lutte contre le sida dans certains pays à ses financements. Cependant, nous pensons que les difficultés de gestion du FM sont encore plus dramatiques et justifient une réflexion plus profonde sur les choix d'outils tels que le PBF dans les programmes de développement. Nous pensons que cette analyse doit faire appel à la discipline de la Santé Publique mais aussi à la Gestion et à la Science Politique.

2. Les coalitions de cause transnationales, acteur de la gouvernance globale du sida. L'exemple de la promotion de l'abstinence entre Ouganda et Etats-Unis.

Mlle Elise Demange a présenté l'action ougandaise en matière de prévention du VIH sous trois angles d'interprétation : l'interprétation biomédicale, l'interprétation socio-économique et l'interprétation « droits de l'homme ».

En 2004, le gouvernement ougandais prend une nouvelle position en matière de prévention du VIH, marquée par une promotion active de l'abstinence et des réticences envers les préservatifs. En octobre 2004, une rupture de stock des préservatifs est observée à Engabu, en novembre 2004, le MoE interdit la promotion des préservatifs. Ce changement se produit peu après l'adoption par les Etats-Unis du *President's Emergency Plan for AIDS Relief*, qui accorde des financements aux programmes d'éducation à l'abstinence.

Pour Elise Demange, l'objectif est de comprendre comment la transnationalisation de la controverse, entre Ouganda et Etats-Unis, a participé à radicaliser les positions des acteurs ougandais, et fait évoluer les configurations d'acteurs, conduisant *in fine* à un changement dans l'action publique.

Le PEPFAR peut constituer une explication à cette stratégie. En effet, 33% des fonds de la prévention sont destinés à l'abstinence. La controverse aux Etats-Unis s'élargit alors à la politique extérieure pendant le processus législatif du PEPFAR. Un clivage important se forme entre deux principaux groupes : les anti-PEPFAR, militants des droits de l'Homme et les pro-PEPFAR/pro-AB, militants de la morale. Les deux controverses se mêlent en une « controverse ougandaise transnationalisée ».

Elise Demange distingue deux types d'acteurs collectifs :

- le réseau d'action publique (nombre élevé de participants, peu organisé, faiblement intégré). Ce réseau est basé sur un consensus partiel au sein duquel les ressources sont inégalement réparties.
- la coalition de cause (nombre restreint, partage de croyances).

Les débats internationaux sont relayés jusqu'au niveau local en Ouganda ainsi que les échanges entre B.Were et M. Ssempe. Selon Ruth Namakika, directrice d'une CBO à Kampala, les tensions se sentent à chaque réunion « c'est la religion contre la réalité ». Vincent Mugisha (FBO) oppose clairement « AB people » et « ABC people »: ce sont 2 visions du monde différentes.

En conclusion, le développement de la controverse a provoqué l'émergence et la structuration de nouveaux réseaux d'acteurs. De plus, les coalitions de cause et acteurs multipositionnés permet de comprendre la transnationalisation de l'AP et de son changement.

3. Les politiques de dépistage et de prise en charge en entreprise : une comparaison Cameroun-Côte d'Ivoire.

Anne Bekelynk a présenté son travail de thèse sur « les initiatives des entreprises privées et l'action publique dans la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun et en Côte d'Ivoire ». Que proposent les entreprises privées en matière de lutte contre le sida ? Comment s'intègrent-elles à une action publique plus large ?

Les entreprises se sont positionnées dès la fin des années 1990 comme étant des acteurs à part entière dans la lutte contre le VIH/ sida, aux côtés de l'Etat, des organisations internationales, des ONG, des associations et d'autres acteurs.

Au niveau du cadre législatif et normatif, en côte d'ivoire, un accord de principe existe entre l'Etat et les entreprises. Les médecins d'entreprises sont autorisés à distribuer les ARV alors qu'au Cameroun les entreprises doivent être accréditées.

Aux niveaux des financements, la Côte d'Ivoire est financée principalement par l'aide bilatérale américaine, le PEPFAR, alors que le Cameroun est essentiellement un bénéficiaire du Fonds Mondial.

Dans les premiers temps de l'épidémie, les entreprises mettaient en place des stratégies pour exclure les employés séropositifs de leur main d'œuvre. Depuis la fin des années 1990, les entreprises ont commencé à mettre en place des programmes de lutte contre le VIH/sida. On constate aujourd'hui un essoufflement de cette dynamique.

A l'origine de ces programmes en entreprises, Mlle Bekelynk a évoqué plusieurs raisons :

- le coût et l'impact financier réel du VIH/sida sur la main d'œuvre (productivité et rentabilité)
- la notion de « responsabilité sociale de l'entreprise » (devoir moral)
- opportunités de financements, possibilité de partenariats publics-privés.
- le cadre législatif et règlementaire.

Quatre volets existent dans les entreprises : la sensibilisation et la formation ; la proposition de dépistage ; la prise en charge médicale interne ou externe ; les mécanismes de financement (systèmes d'assurances ou de mutuelles).

Les avantages principaux sont le gain de temps suscités par la proximité géographique des services, le remboursement d'une grande partie (80-90%) des frais de la PEC, incluant les examens biologiques, les consultations, les traitements des IO, etc. et des counseling adaptés, un suivi personnalisé des employés suivis et une prise en charge précoce.

Les grandes limites et obstacles se situent d'un côté au niveau de la non prise en compte systématique des ayants droits, des retraités, des personnes licenciées. Et de l'autre aux questions de la gestion de la confidentialité qui n'est pas garantie.

Les relations les plus tendues sont avec l'Etat. Dans la pratique, est observée une forte autonomie des entreprises et une méfiance mutuelle. Récemment les stratégies nationales intègrent les entreprises (condition imposée par le Fonds Mondial), elles restent peu suivies et peu contrôlées. Parfois, leurs intérêts divergeant relations peuvent devenir conflictuelles.

Les entreprises collaborent avec les structures de santé, les ONG internationales (plaidoyer, appui technique et financier), les associations de PVVIH (sensibilisation et formation, prise en charge psycho-sociale et défense des droits). Les entreprises collaborent entre elles : filiales, coalitions d'entreprises.

En conclusion, les enjeux de l'intégration des entreprises à une action coordonnée sont :

- Coopération et coordination des acteurs pour une action publique efficace
- L'absence de contrôle de l'Etat sur les entreprises peut être nuisible à la protection des droits des PVVIH suivies en entreprises
- La substitution des entreprises à l'Etat dans des zones reculées pose le pb d'une offre de santé publique et accessible à tous
- La manière dont les entreprises mobilisent leurs propres compétences et le degré d'externalisation de leurs activités jouent sur leur appropriation de leurs programmes.

DEUXIEME SESSION

ORIENTATIONS OPERATIONNELLES DU PROJET GOUVERNANCE

TROISIEME SESSION

INTERNATIONAL: DOES GLOBAL POWER MEAN UNIVERSAL ISSUE?

1. Public action and biomedical cooperation: the case of Botswana

Mlle Fanny Chabrol a présenté la communication de Mr Thabo Lucas Seleke " les donateurs de l'aide peuvent-ils changer le programme de la politique de lutte contre le sida au Botswana ? ». Elle a ensuite présenté ses propres recherches.

- La reconnaissance de la lutte contre le sida dans un contexte de crise a permis la multiplication d'organisations internationales.

Les dépenses de santé au Botswana ont augmenté depuis des années se focalisant sur la lutte contre le VIH / sida. Par exemple, l'allocation sur le budget de l'Etat est de 981 Million pour 2011/12, 188 Million pour les ARV.

Le Botswana n'a pas fait face aux ajustements structurels imposés par le FMI. Mais, depuis sa classification en tant que pays à revenus moyen haut en 1992, l'aide publique au développement a considérablement décliné. Le Botswana a financé 96% de son budget santé sur fonds propres.

Le succès des ARV et PMTCT démontrent que lorsque le Botswana a enregistré une forte croissance économique, l'aide étrangère y contribue significativement.

- Fanny Chabrol a présenté ses recherches de thèse sur le programme national de traitements aux ARV avec un focus particulier sur la question de la citoyenneté et l'accès aux soins. Elle a également étudié le rôle des partenaires biomédicaux internationaux (CDC, Harvard School of Public Health, U-Penn, Baylor School of medicine, etc).

Malgré sa stabilité politico économique, l'épidémie de VIH / sida s'est propagée de manière exponentielle depuis les années 1990 au Botswana. En 1999, 37% des femmes enceintes sont séropositives. Déclarant l'urgence nationale en 2000, le gouvernement promet d'offrir le traitement gratuit aux citoyens. Le programme national prévoit l'accès universel aux ARV avec l'appui d'ACHAP (gouvernement, B &M Gates Foundation, Merck Cie Foundation). Avec l'aide des partenaires, l'accès aux médicaments a été mis en œuvre à travers le système national de santé.

Mlle Chabrol a ensuite présenté l'historique des recherches de l'Université d'Harvard au Botswana et la création d'un laboratoire de recherche en février 2000. Le paradigme évolue de la seule prévention à l'accès aux médicaments. Du fait de l'activisme international et le blâme moral des groupes pharmaceutiques et des prix élevés, de nouveaux acteurs émergent. En 2000, un nouveau partenariat est formé entre l'entreprise Merck et la fondation Bill & Melinda Gates (50 millions US dollars aux pays n'ayant pas encore bénéficié de l'aide).

L'attrait de partenaires permet l'accès aux innovations liées à la localisation des activités de recherche au Botswana, l'accélération des recherches scientifiques, de la virologie incluse dans le projet national.

La quête pour attirer et diversifier les investissements directs étrangers est toujours d'actualité. Depuis les années 2000, le pays fait face à la crise économique et doit diversifier ses ressources, d'où l'idée du Botswana Innovation Hubs SLIDE par le Ministère de la communication scientifique et technologie et de l'utilisation de l'industrie et de la recherche biomédical pour soutenir la croissance économique.

2. Partenariats mondiaux pour la santé et efficacité de l'aide à la lutte contre le sida en Afrique.

François Colin Nkoa a présenté les catégories de partenariats mondiaux pour la santé : partenariats de recherche et développement, partenariats d'assistance technique ou de soutien à un service, partenariats de promotion, partenariats fournissant des financements pour des programmes particuliers.

Les Partenariats mondiaux pour la santé présentent de nombreux avantages: sensibilisation à la mobilisation de financements, lobbying auprès des responsables politiques mondiaux et nationaux, nouveaux partenariats et intégration d'acteurs non gouvernementaux, promotion de traitements, facilitation des innovations, soutien aux biens publics mondiaux, réalisation d'économies d'échelle.

Selon l'OCDE (2009) le taux de croissance de l'aide publique au développement allouée au secteur de la santé est estimé à 10% sur la période 1980-2007 et 17% de 2000 à 2007. En 2001-2002, le secteur de la santé reçoit 12% de l'APD totale; 18% en 2006-2007. Entre 2002 et 2006, 32% de l'aide totale à la santé sont ciblés sur la lutte contre le sida.

En 2006-2007 selon l'OCDE (2009), quatre importants distributeurs d'APD allouent au 25% de leur aide au secteur de la santé : le Royaume Uni (40%), le Luxembourg (36%), les Etats-Unis (28%), le Canada (25%).

François Colin Nkoa pose la question de savoir si les critères d'allocation de cette aide permettent d'améliorer son efficacité. La multiplication de ces partenariats et des projets peut nuire à l'efficacité de l'aide pour deux raisons : l'application de stratégies, de procédures différentes ; le poids administratif très lourd issu de la multiplication des projets.

La nécessité d'accroître l'efficacité de l'aide a conduit à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Une étude de Piva & Dodd (2009) sur les PMA bénéficiaires de l'aide à la santé sur la période 2002-2006 met en lumière : l'existence d'importantes inégalités dans les montants alloués aux pays ; des volumes d'assistance différents pour des pays à situations comparables.

Les pays donateurs distribuent l'aide en fonction des besoins réels des pays mais aussi des considérations d'ordre politique et géostratégiques (Alesina et Dollar 2000; Radelet 2006; Easterly 2003, Collier & Dollar 2002, Maizels & Nissanke 1984). L'importance relative de chacun de ces facteurs continue de diviser les économistes (Alesina & Dollar 2000). Depuis le milieu des années 1990, les critères non économiques seraient devenus moins importants dans la distribution de l'aide par rapport aux critères basés sur les besoins réels des pays (Claessens & al 2009; Dollar & Levin 2006; Sundberg & Gelb 2006; Roodman 2005, Berthélemy & Tichit 2004). D'autres auteurs à l'inverse trouvent que les critères d'allocation de l'aide n'ont pas changé au cours du temps et que les considérations historiques, politiques et géostratégiques continuent à occuper une place importante dans les critères d'allocation de l'aide aux pays récepteurs (Easterly 2007; Collier & Dollar 2002).

L'augmentation croissante des flux d'aide à la santé semble confirmer l'hypothèse de la prédominance des critères basés sur les besoins de développement des pays récepteurs. Quelles sont les critères d'allocation de l'aide au sida ? L'aide à la lutte contre le sida va-t-elle aux pays qui en ont le plus besoin ou répond-elle à d'autres considérations?

3. Coopération internationale et gouvernance du sida au Cameroun : Reconfiguration de l'action publique au prisme de l'accès aux traitements antirétroviraux.

William Tchuinkam a présenté son travail de thèse portant sur les conséquences de l'avènement des ARV comme solution thérapeutique et le remodelage du paysage de la lutte contre le sida pour l'adapter à la nouvelle donne de l'accès aux ARV.

Au Cameroun, la lutte contre le sida a débuté en 1985 avec la création d'un comité de suivi sur le sida au sein du Ministère de la santé. Est observé une forte mobilisation des acteurs alors que le taux de prévalence est faible. William a montré, en citant les travaux de Guillaume Lachenal que la recherche scientifique et l'action publique institutionnelle contre le sida sont nées de concert sur le territoire camerounais

L'OMS met en œuvre les premiers programmes verticaux en 1986 avec la mise en place de Programmes nationaux de lutte contre le sida mis en œuvre par les comités nationaux de lutte contre le sida (prévention, sensibilisation, surveillance).

Dans les années 2000, les mobilisations collectives internationales ont influencé à la hausse la part consacrée à l'accessibilité des traitements ARV 32,9% dans le programme 2005-2010, 49,4% dans le programme 2001-2015. Entre 2007 et 2011, les patients sous ARV au Cameroun sont passés de 43 000 à 97 000.

M. Tchuinkam a insisté sur les mobilisations collectives importantes au niveau international comme facteur de l'arrivée des ARV comme solution thérapeutique. C'est le passage du 'tout préventif' à la « riposte globale » qui inclue la prévention, la prise en charge, le traitement du VIH. Les ARV sont devenus un objet politique. Il a également insisté sur l'adhésion passive aux directives internationales et l'ajustement permanent aux référentiels internationaux.

M. Tchuinkam a terminé sa communication en présentant le TAW (dispositif communautaire de veille sur l'accès aux soins des populations), le programme « sentinelle » (dispositif de suivi de la disponibilité des ARV, réactifs et de suivi des coûts), et le programme d'éducation à la citoyenneté.

QUATRIEME SESSION SYNTHESE DE L'ATELIER

Eléments de synthèse pour la rédaction du projet à déposer pour le 15 mars 2012

I. ACTEURS ET SYSTEMES DE SANTE EN AFRIQUE

1. Etudes monographiques : accès universel, différentiels nationaux

- approche diachronique
- configuration et coordination
- dispositifs institutionnels

2. Acteurs, engagements, professionnalisations, mobilisations, échanges avec les populations

- milieux professionnels
- leaders associatifs et communautaires
- experts et cabinets de consultants
- entreprises

II. GOUVERNANCE EN RECOMPOSITION DANS UN MONDE EN MUTATION

5. Instruments et pouvoir (avec une entrée particulière Fonds mondial)

- financements, indicateurs, règles de gestion, dispositifs organisationnel
 - comparaison des indicateurs dans le temps
 - construction des instruments
 - usages et appropriations
 - mécanismes de diffusion transnationale
 - résistance et détournements
 - stratégies des pays à l'égard du fonds mondial

- La crise économique et la lutte contre le sida
- La question de l'efficacité