



Mémoire
Présenté par
Larissa Kojoué
Kamga

UNIVERSITE DE
BORDEAUX

Politiques publiques et orphelins du
sida : la prise en charge confrontée à
la multisectorialité

Année académique :
2008 – 2009

SCIENCES



Bordeaux



UNIVERSITÉ DE
BORDEAUX

**Mémoire de recherche pour
le Master**

Mention « Sciences Politiques »

Spécialité « Sociologie du politique et de l'action publique »

Parcours : Politique et Développement en Afrique et dans

les Pays du Sud

2008 – 2009

**Politiques publiques et orphelins
du sida : la prise en charge
confrontée à la multisectorialité**



Larissa Kojoué Kamga

Sous la direction de Dominique Darbon, Professeur,
Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux

Sommaire

SOMMAIRE.....	2
REMERCIEMENTS	6
RESUME – MOTS CLES	7
INTRODUCTION.....	8
1^{ERE} PARTIE DEFINIR LA VULNERABILITE DES ENFANTS DANS LE CONTEXTE DU SIDA EN AFRIQUE.....	23
1. QUI SONT LES ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES ?.....	24
1.1. <i>Au risque des définitions.....</i>	24
1.1.1. Perte du père ou de la mère (orphelins simples).....	26
1.1.2. Perte des deux parents (orphelins doubles)	27
1.1.3. Les enfants affectés par le sida	28
1.2. <i>Les aspects de la vulnérabilité.....</i>	29
1.2.1. La vulnérabilité médicale et sanitaire	30
1.2.2. La vulnérabilité socio économique	32
1.2.3. La vulnérabilité psychologique.....	34
2. LA CONSTRUCTION DES OEV COMME PROBLEME PUBLIC : LA NAISSANCE D’UNE « CAUSE SOCIALE ».....	38
2.1. <i>Point de départ, les engagements mondiaux.....</i>	40
2.1.1. La campagne « unissons-nous pour les enfants, contre le sida » et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).....	40
2.1.2. La Déclaration d’engagement sur le VIH/sida et le Cadre pour la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables.....	41
2.1.3. La convention relative aux droits de l’enfant	42
2.2. <i>Le relais par les autorités gouvernementales</i>	43
2.2.1. Les Plans Stratégiques et Multisectoriels de Lutte contre le sida	44
2.2.2. Le Programme National de Soutien aux OEV	46

2^{EME} PARTIE L'ETAT CAMEROUNAIS DANS LES PROCESSUS D'ACTION PUBLIQUE DES OEUV	51
1. LES DYNAMIQUES DE L' ACTION PUBLIQUE DES OEUV	52
1.1. <i>Les cadres de l' action publique</i>	54
1.1.1. Le cadre « moral/culturel » et le cadre « santé »	55
1.1.2. Le cadre « social/développement » et le cadre « droit »	57
1.2. <i>Les rapports entre les différents cadres d'interprétation</i>	58
1.2.1. La dimension conflictuelle des <i>matrices</i>	58
1.2.2. La dimension complémentaire des <i>matrices</i>	60
2. RAPPORTS DE FORCE ET NEGOCIATIONS ENTRE LES ACTEURS	61
2.1. <i>Les politiques publiques comme configuration d'acteurs</i>	62
2.1.1. De la prise en charge d'un problème à la mise en œuvre d'une politique publique	62
2.1.2. Effets et significations : les OEUV comme construit social.....	63
2.2. <i>L'Etat camerounais, un acteur comme les autres</i>	65
2.2.1. Des Organisations Internationales au premier rang	66
2.2.2. L'importance des réseaux et communautés de politiques publiques	68
3. « L'APPROCHE MULTISECTORIELLE » ET SES ENJEUX.....	70
3.1.1. L'analyse des communautés sectorielles et/ ou des « univers institutionnels »	71
3.1.2. La médiation intersectorielle ou l'importance de l'échange politique	76
3^{EME} PARTIE MISE EN PERSPECTIVE DU SUJET	86
1. LES ENFANTS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES DU SIDA AU CAMEROUN, EN AFRIQUE DU SUD ET EN OUGANDA.	86
1.1. <i>Problématique</i>	87
1.2. <i>Hypothèses</i>	87
2. PRESENTATION DU TERRAIN	88
2.1. <i>Le Cameroun</i>	90
2.2. <i>L'Ouganda</i>	94

2.3. <i>L’Afrique du sud</i>	98
3. L’IMPORTANCE D’UNE APPROCHE COMPARATIVE CAMEROUN-OUGANDA- AFRIQUE DU SUD	102
3.1. <i>L’analyse comparative</i>	102
3.2. <i>Une approche comparative de l’action publique multisectorielle des OEV : caractéristiques de l’Etat et impact sur la prise en charge</i>	104
3.3. <i>Quelques considérations méthodologiques</i>	109
CONCLUSION GENERALE	113
BIBLIOGRAPHIE	119
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	126
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	127

*A mes parents, Feu Kamga Justin et Madame
veuve, Kamga Frida, née Njopnwouo*

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

Je remercie très vivement mon Directeur de mémoire, Monsieur Dominique Darbon, pour ses précieuses recommandations, sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements qui m'ont été d'un grand apport pour la rédaction de ce mémoire. Merci aussi à Fred Eboko, car c'est à l'issue d'un stage sous sa supervision au Cameroun que l'idée m'est venue de m'inscrire à Science Po Bordeaux et de travailler sur les orphelins du sida. Merci à Laurent Vidal pour sa disponibilité et l'attention qu'il a porté à ce projet.

Je voudrais remercier aussi le CODESRIA pour son soutien matériel. Merci à tous mes enseignants, Mme Thiriot, M. Sorbets, M. Andy Smith et Thierry Berthet, M. Patrick Quantin, M. René Ottayek et à toute l'équipe de la scolarité des Masters de l'IEP.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'aide et le soutien inconditionnel de ma famille au Cameroun et en France. Je pense à ma mère Madame Kamga Njopnwouo Fride, à mes frères et à mes sœurs, Jean Barth, Claude, Bruno, Emilie, Wiliane, Boris, Larissa, Germain. Que ma famille de France, la famille Duret, Delphine et Bernard Duret trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude pour m'avoir hébergé, avoir cru en moi, et pour leur soutien moral sans faille. Je n'oublie pas tous mes neveux et nièces, en commençant par mon petit Dido, Ayinsé, les filles Déborah, Manuela, Emma et Leslie que je n'ai pas encore eu le plaisir de rencontrer. Je pense aussi à mes amis dont la présence malgré la distance m'a été précieuse. Que Leyla, ma meilleure amie, Achille, et tous mes proches trouvent ici l'expression de ma gratitude.

Résumé – mots clés

Résumé :

L'émergence de la question de la prise en charge des orphelins du sida, -« grands oubliés » de l'épidémie jusqu'au début des années 2000,- constitue dans le contexte dramatique du sida en Afrique un domaine d'intervention majeur des politiques internationales et nationales pour les années à venir. Cette étude propose une réflexion sur la prise en charge des orphelins du sida au Cameroun. Notre objectif est de montrer comment se construit l'importance de la question des orphelins du sida, et de faire l'état des transformations qu'elle suscite ou requiert dans le champ de lutte contre le sida. Au-delà d'une réflexion sur les acteurs et leurs logiques d'action, il s'agit de voir comment se construisent et se structurent les politiques publiques du sida confrontées à la multisectorialité.

Mots clés : *VIH/sida-OEV-politiques publiques-prise en charge-multisectorialité*

Introduction

Quand on regarde les effets dévastateurs de la pandémie du sida en Afrique, la croissance rapide du nombre d'orphelins demande beaucoup d'attention. Aujourd'hui plus de douze millions d'enfants sont devenus orphelins à cause du VIH/sida. De millions d'autres en sont infectés. Avec un taux de prévalence de 7,5% chez les adultes, l'Afrique devrait en 2010, compter 50 millions d'orphelins dont plus de 36% à cause du sida (18,4 millions d'enfants)¹. Il existe beaucoup d'enfants qui bien que n'étant pas orphelins, sont devenus particulièrement vulnérables. C'est une des conséquences indirectes du sida chez les enfants. Le phénomène des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/sida (OEV) constitue une véritable crise sociale. La perte des parents retentit sur le bien-être psychosocial et médical des enfants en réduisant leur accès aux services sociaux de base, notamment l'accès aux soins, à l'éducation, à l'épanouissement... Mais est-ce un phénomène nouveau ? Car faut-il le rappeler, l'existence d'un grand nombre d'orphelins en Afrique est antérieure à l'épidémie du sida².

Selon un rapport de l'ONUSIDA 2006, le sida menace l'avenir des jeunes générations africaines. On trouve en effet en Afrique subsaharienne les deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde, soit 24,5 millions de personnes infectées. Sur les 4 millions de nouvelles infections qui ont lieu chaque année, 2,7 ont lieu dans cette région. L'ONUSIDA estime que 59% des adultes qui vivent avec le VIH/sida en Afrique sont des femmes, et que 90% des enfants infectés par le virus dans le monde se trouvent dans cette région³.

Beaucoup de ces enfants, autant ceux qui sont infectés par le VIH que ceux dont les parents sont atteints, vivent avec un parent, principalement les grands parents ou la famille élargie. Une très faible proportion d'enfants infectés reçoit un traitement antirétroviral (1 sur 10), la prévention de la transmission de la mère à l'enfant est seulement donnée à un tiers de femmes, et en moyenne un enfant sur 6

¹ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004*, Genève, 2004, 234p.

² Mais il y a un effet de proportion du sida par rapport à la population infantine totale et par rapport à l'ensemble de la société, qui vient différencier la situation.

³ Il s'agit de chiffres moyens, les écarts régionaux et nationaux sont considérables

meurt avant l'âge de 5 ans. Les orphelins du sida sont plus susceptibles d'abandonner l'école que les non orphelins. Privés de protection, d'éducation, de soutien et parfois d'affection, les orphelins et enfants vulnérables à cause du sida courent de gros risques de malnutrition, de maladie et d'infection par le VIH. Ils sont par ailleurs des proies faciles et choisies pour toutes formes de maltraitance et d'exploitation telles que la prostitution, le travail forcé, les réseaux de drogue ou l'enrôlement dans des forces armées⁴.

1. Evolution du terme « orphelins du sida »

Dans le champ de lutte contre le sida, l'évolution du vocabulaire utilisé pour désigner les enfants affectés et/ infectés par le sida ne facilite pas toujours le passage des recommandations internationales aux programmes de terrain, encore moins la conceptualisation des outils d'analyse. La notion d'orphelin du sida est une notion à géométrie variable. Sous cette expression sont regroupées différentes catégories d'enfants représentant des situations très diverses. Cette plasticité de la définition des OEV invite à analyser la façon dont les acteurs mobilisent des ressources (arguments, valeurs, émotions, intérêts) pour construire et étayer leurs positions. Cette approche participe de la construction d'une politique publique, et la définition définitive retenue montre la délimitation de ses contours cognitifs et décisionnels.

Historiquement, le terme « orphelins du sida » est apparu pour désigner les enfants qui ont perdu au moins un de leurs parents à cause du sida avant l'âge de 18 ans (UNICEF 2004). Progressivement, il s'est élargi à d'autres enfants rendus vulnérables par l'épidémie pour devenir « Orphelins et Enfants Vulnérables » (OEV). Selon l'ONUSIDA, le terme OEV sert à désigner les enfants dont la survie, le bien-être ou le développement sont compromis par le VIH/sida (UNICEF 2004).

⁴ Unicef, Les générations orphelines d'Afrique 2006

Faut-il dire orphelins du sida ou enfants vulnérables ?

L'utilisation des expressions comme *orphelins du sida*, *Orphelins et Enfants Vulnérables à cause du sida* a fait débat exprimant ainsi les enjeux et intérêts qui s'entrecroisent dans la constitution d'une cause en termes de politique publique. Force est de constater que nous n'avons pas affaire à un groupe homogène d'enfants; d'abord parce qu'il y a une différence fondamentale entre « orphelin » et « enfant vulnérable » et parce que certaines organisations internationales comme l'UNICEF, ne voudraient pas considérer ce groupe sous l'angle de la vulnérabilité spécifique au VIH/SIDA. L'Unicef se bat pour rendre visible la situation des orphelins du sida, mais en même temps combat toute forme de discrimination dans le traitement des enfants. Les enfants ont tous les mêmes droits.⁵ Au final, ce sont principalement les organisations internationales, l'Etat et les grandes ONG qui portent effectivement l'expression OEV. Au niveau local, pour les différentes associations, orphelins du sida et OEV sont employés indifféremment, en fonction surtout des interlocuteurs. Pourtant, ces différences sont fondamentales parce qu'elles déterminent les types d'interventions et donc les procédés de ciblage et d'identification des bénéficiaires de la prise en charge. Les orphelins et les enfants vulnérables présentent des caractéristiques différentes, et il est donc incorrect de les considérer comme un groupe homogène d'enfants nécessiteux. Chacun peut être exposé à des risques différents et à des vulnérabilités particulières.

S'il est simple de définir «orphelin du sida» comme tout enfant ayant perdu son père, sa mère ou ses deux parents à cause du SIDA avant l'âge de 18 ans (ou 15 ans pour certains), certains acteurs par souci d'efficacité considèrent à juste titre certainement, « enfants vulnérables » comme des enfants dont les parents vivent avec le VIH ou sont eux-mêmes infectés par ce virus. Ils jugent alors que le terme « orphelin », et plus particulièrement « orphelin du sida », puisse faire plus de mal que de bien. Parler d' « orphelins du sida » comporte en effet un double risque pour l'enfant et pour le chercheur. Pour l'enfant, le terme « orphelins du sida » a une connotation stigmatisante et discriminatoire. Pour le chercheur,

⁵Unicef, Convention sur les droits des enfants.

l'utilisation de ce terme réintroduit, si on veut, ce que l'emploi du terme OEV voudrait justement dépasser.⁶

Une attention particulière doit s'opérer dans l'utilisation de ces termes et définitions au travers de la littérature, des politiques et des programmes. Par exemple, dans le dernier rapport de l'ONUSIDA et de l'UNICEF « Les enfants au bord du gouffre 2004 », les auteurs ont choisi d'utiliser les termes « orphelins à cause du VIH/SIDA », « enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA » ou encore l'expression « enfants affectés par le VIH/SIDA » désignant les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA. Les auteurs préconisent également « *d'éviter d'employer des abréviations comme OEV (Orphelins et Enfants Vulnérables) ou ETVS (Enfants Touchés par le VIH/SIDA). L'expérience a montré que ce type de jargon finit par être employé dans la communauté pour désigner certains enfants.* ».⁷ Ce qui renforcerait les discriminations et les stigmatisations.

Nous aurions souhaité parler d'enfants tout court et non pas spécifiquement d'OEV, mais il est important pour nous de rendre visible la situation des enfants en temps de sida et de parler d'orphelins et enfants rendus vulnérables par le sida. Car de même que les orphelins, les enfants qui vivent dans des familles affectées par le sida sont eux aussi exposés aux problèmes psychologiques, nutritifs et médicaux au même titre que les orphelins à cause du sida. Ajouté au contexte de pauvreté ambiant en Afrique, ce sont les droits de tous les enfants qui sont ainsi compromis par le sida.

Par ailleurs, le décalage entre l'ampleur estimée de la vulnérabilité des enfants touchés par l'impact du sida et celle à laquelle les différents acteurs de la prise en charge ont accès, n'introduit-il pas la nécessité de rompre avec une conception trop universaliste de l'« orphelin » pour la considérer comme une construction historique, politique et « culturelle » ?⁸ Et de ce fait, comment l'action publique de lutte contre le sida en Afrique et au Cameroun en particulier va-t-elle intégrer ce nouvel enjeu ? Au prix de quels ajustements ?

⁶ Souvenons nous que les droits des enfants sont tous les mêmes, qu'on soit orphelins du sida ou non (préambule Convention des droits de l'enfant)

⁷ UNICEF, UNAIDS, USAID et Jorge Scientific Corporation. Population, 2004

⁸ Guillermet, Elise, *Les constructions de l'orphelin. Jeux et négociation au Niger en Islam et mobilisation internationale contre le sida.*, Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon II, 2009

Notre choix, celui de parler de tous les enfants de 0 à 18 ans rendus vulnérables par le sida, est donc davantage qu'une simple position théorique. Il permet de s'interroger sur les stratégies à mettre en œuvre pour résoudre au mieux la question des conséquences sociales du sida. En outre, notre position essaye de cibler une population particulièrement susceptible de nous renseigner sur les acteurs impliqués par la prise en charge. Enfin, en travaillant sur cette construction catégorielle, nous sommes aussi acteurs du processus de construction d'une cause et de ses instruments, démontrant ainsi l'importance de la construction intellectuelle des catégories dans la définition des politiques publiques.

2. Importance de l'étude

Les connaissances et recherches sur le sida sont nombreuses. Les études foisonnent depuis les premiers cas de dépistage de la maladie au début des années 1970⁹. Cependant, très peu d'études ont été réalisées sur les orphelins du sida¹⁰. En raison de son caractère relativement récent, l'étude sur les orphelins du sida constitue un champ de recherche relativement nouveau pour les sciences sociales et pour les politiques publiques en particulier. En effet, jusqu'à une période très récente, seuls les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et quelques études sur la prise en charge pédiatrique semblaient prendre en compte la vulnérabilité des enfants face au sida.

Au niveau international, la mobilisation a été très tardive ; comparée aux mobilisations pour l'accès aux médicaments. Ce n'est par exemple qu'en 2006 que s'est tenu le premier colloque sur l'enfance et le sida, environ deux décennies après l'apparition de la maladie. Est-ce à dire qu'une certaine forme de *négligence* a prévalu jusque là dans la prise en compte de la situation des OEV ou ce retard traduit-il au fond l'absence de visibilité du problème voir sa faible importance ou sa moindre urgence relative par rapport aux enjeux de l'accès aux ARV pour les malades par exemple ?

⁹ Becker, Charles et Philippe, Denis : *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne : regards d'historiens. 1970-2000*. Vol 1, Paris, Karthala, 2006

¹⁰ Une thèse d'anthropologie sur ce sujet vient d'être soutenue à l'Université Lyon II par Guillermet, Elise, *Les constructions de l'orphelin. Jeux et négociation au Niger en Islam et mobilisation internationale contre le sida, 2009*

Les réactions au niveau national des gouvernements africains face à la crise des orphelins ont été tout aussi tardives. Il a fallu attendre 2007 au Cameroun pour qu'un Programme National de Soutien aux OEV (PNS- OEV) soit mis sur pied alors qu'un Plan Stratégique de Lutte contre le Sida (PSLS) existait déjà depuis 2000.

Dans un document paru au début de l'année 2006 intitulé « *Appel à l'action. Les enfants la face cachée du sida* », l'UNICEF commence ainsi : « Les conséquences du SIDA sur les enfants sont largement ignorées. Faute d'en prendre conscience, il sera impossible d'enrayer la propagation du VIH/SIDA et d'inverser la tendance actuelle d'ici à 2015, et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à savoir: *éradiquer l'extrême pauvreté et la faim, assurer un enseignement primaire à tous les enfants, réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle.*

On passe souvent sous silence l'effet de ricochet que l'épidémie de VIH/sida ne manquera pas d'avoir, à l'avenir, sur la gouvernance, les structures sociales et la croissance des pays les plus touchés en Afrique subsaharienne. Les taux de mortalité exagérément élevés favoriseront l'épuisement de la main-d'œuvre, tant en zones rurales qu'en zones urbaines, avec de graves répercussions sur le fondement même des économies et de l'administration publique¹¹, tandis que le délitement des liens sociaux et la constitution de contre sociétés avec les bandes d'enfants ouvrent la voie à une délinquance notamment urbaine généralisée et à des phénomènes massifs de désocialisation.

L'analyse des politiques publiques de lutte contre le sida au Cameroun nous a permis d'identifier trois évolutions majeures sur la question des OEV. Au début de la riposte, les conséquences du sida sur les enfants sont largement ignorées. On est plutôt dans une logique du « Tout préservatif ». D'abord présenté comme un « miraculé » jusqu'à la fin des années 1980, du fait de son faible taux de séroprévalence par rapport aux autres pays d'Afrique centrale, le Cameroun a connu une progression exponentielle de la maladie au début de la décennie 1990. Bien que les autorités sanitaires aient anticipé sur l'épreuve annoncée en créant le

¹¹ Amy S. Patterson, *The Politics of Aids in Africa*, Lynne Rienner Publishers, London, 2006

premier comité de suivi en 1985¹², avant que le premier cas de sida ne soit formellement diagnostiqué, et malgré la précocité de la mise en place en 1987 du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) suivant les directives de l'OMS, la cause des enfants touchés par le sida ne fait qu'indirectement partie des priorités. Il faudra attendre le tournant des années 2006 pour prendre un ensemble de mesures en faveur des OEV en plus de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant qui faisait déjà partie des axes prioritaires du PSL¹³.

L'échec du Programme mondial sur le sida de l'OMS (1986-1996) et son remplacement par le programme inter-agences de l'ONU contre le sida (ONUSIDA) en 1996, puis les mobilisations internationales des organisations non gouvernementales (ONG) pour l'accès à moindre coût des patients africains aux nouvelles thérapies ont considérablement modifié les perspectives de la lutte contre le sida en Afrique en général, et au Cameroun en particulier. L'accès aux antirétroviraux (ARV) et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida se sont hissés au cœur de la lutte contre le sida, alors que, pendant près de quinze ans, le débat avait été totalement absent du fait du coût élevé des médicaments. A ce moment là, on commence aussi à s'intéresser à la prise en charge pédiatrique des enfants infectés par le sida.

Depuis le début de la décennie, trois décisions politiques importantes ont porté sur la question des OEV au Cameroun : la signature de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida en 2001, la signature de la Déclaration d'engagement sur les OMD en 2000 et la mise en place du Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV) en 2006.

Les deux premières décisions stipulent entre autre que les gouvernements doivent s'engager fermement avec le soutien de la société civile et des partenaires internationaux, à combattre et à enrayer la pandémie du sida. Les paragraphes 65-67 de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida sont spécialement consacrés aux enfants et invitent gouvernants, associations, ONG et partenaires internationaux à élaborer et à soutenir les programmes de prise en charge et de soutien aux enfants orphelins ou rendus vulnérables par le VIH/sida¹⁴.

¹² Fred Eboko, Politique publique et sida en Afrique

¹³ Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2001-2005 et 2006-2010

¹⁴ UNGASS, 2001

Par ailleurs, les plans stratégiques doivent s'orienter dans un cadre plus global, une « approche multisectorielle ». Pour les initiateurs de cette directive, le sida est une question de santé déterminée en amont par un ensemble de facteurs sociaux, économiques et politiques que les autorités nationales se doivent d'appréhender, en mobilisant toutes les instances de socialisation et de régulation, d'où la notion « d'approche multisectorielle ». Celle-ci concerne donc différents domaines relevant de plusieurs ministères, avec des variables suivant les pays¹⁵.

Dans son Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV), le Cameroun reprend cette approche, en intégrant au programme en plus du Ministère de la santé publique (Minsanté), le Ministère des Affaires sociales (Minas), le Ministère de l'éducation (Minéduc), les associations de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH), la coopération internationale, les ONG comme Care, Plan, synergies africaines, et les partenaires internationaux au premier rang desquels se trouvent le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'ONUSIDA, la coopération Française, l'Unicef, le PNUD etc. Ce programme prévoit une assistance nutritionnelle et médicale aux OEV. Dans certaines villes comme Ngaoundéré, Bamenda, Douala et Yaoundé, il existe déjà un programme d'Appui psychologique en plus du soutien nutritionnel et médical.¹⁶ Sur les 300 000 OEV environ que compte le Cameroun, ce programme a permis de soutenir environ 45 000 enfants, soit 15% au total.¹⁷

Qu'est-ce qui explique cet intérêt tardif pour la cause des orphelins ? Que démontre l'implication de tant d'acteurs pour la prise en charge des OEV et quelles conséquences pour la prise en charge ?

3. Objectifs

Notre étude tente de faire ressortir l'importance de la question des orphelins du sida dans les politiques publiques du sida en Afrique et au Cameroun en particulier, un domaine qui représente lui-même un des enjeux majeurs des politiques publiques internationales. Il s'agit de comprendre comment s'est

¹⁵ En fait la prise en compte des enfants est l'expression de la réalisation de la nécessité d'adopter ces approches multisectorielles et intégratives.

¹⁶ PLS 2006-2010

¹⁷ Rapport UNGASS 2008, Cameroun

construite la question du soutien aux OEV au Cameroun, et comment les politiques publiques confrontées à cette question se trouvent transformées ou adaptées. Existe-il un « effet OEV » sur les politiques publiques ? Dans cet « effet OEV » comment intervient la multisectorialité ? L'appréhension de cette question est-elle un atout par certains aspects particuliers des OEV ou montre-t-elle les limites des politiques nationales de lutte contre le sida ? Nous voulons comprendre les dynamiques qui ont contribué à l'émergence du problème, sa mise en problème¹⁸, la façon dont cela a orienté les politiques publiques et son impact sur la cohérence de la prise en charge.

Au-delà de comprendre les logiques et rationalités des rapports qui se jouent dans le terrain de la prise en charge des orphelins du sida, les objectifs spécifiques de notre recherche sont :

- de décrire et d'analyser le contenu des programmes de prise en charge globale des OEV au Cameroun ; d'identifier les acteurs, les coalitions d'intérêts et les alliances, les lacunes et contradictions qui existent dans l'encadrement des orphelins du sida, dans l'accompagnement des changements institutionnels nécessaires pour gérer la multisectorialité ;
- de montrer l'importance des médiations intersectorielles c'est-à-dire des négociations de règles et de compromis dans l'action publique multisectorielle de prise en charge des OEV ;
- d'interroger la place de l'Etat camerounais dans les politiques publiques des OEV et d'essayer d'établir un lien entre organisation politique de la lutte contre le sida, caractéristiques de l'Etat et impact sur la prise en charge multisectorielle des OEV à travers une approche comparée Cameroun, Ouganda et Afrique du sud.

4. La problématique et les hypothèses

L'implication d'une configuration d'acteurs qui comprend l'Etat, les ONG internationales et locales, les agences de coopération bilatérale et multilatérale, et les associations locales, font du sida un objet politique et comme tel, susceptible de mettre en cause ou à l'épreuve, les pouvoirs de l'Etat.

¹⁸ Pierre Muller, *L'Analyse des politiques*, Paris, PUF, 2008

L'objet de notre étude, qui est la prise en charge des OEV au Cameroun, suscite donc l'interrogation suivante : dans quelles mesures la problématisation des OEV fournit-elle un cadre révélateur du rôle de l'Etat dans les politiques publiques du sida au Cameroun?

L'analyse des dynamiques de lutte contre le sida au Cameroun montre que la question du sida s'y construit à travers une « configuration éclatée d'acteurs »¹⁹. Cela expliquerait la logique progressive qui a conduit le pays du « silence » face à la question des OEV, à des initiatives inédites pour leur protection et leur soutien, d'où l'intérêt d'une approche en termes d'action publique. Etudier l'action publique consiste à comprendre les logiques à l'œuvre dans ses différentes formes d'intervention sur la société, à identifier les modes de relation existant entre les acteurs publics et privés, à comprendre comment l'action publique recouvre les dynamiques floues et évolutives de la frontière entre Etat et société²⁰.

Le retard qu'accuse le gouvernement dans le traitement de la question des OEV et les difficultés palpables de la mise en œuvre du PNS-OEV, témoignent d'une logique de réappropriation des enjeux internationaux par les acteurs et réseaux transnationaux et nationaux en œuvre au Cameroun. L'émergence de la problématique de la prise en charge des OEV serait donc en grande partie une construction extérieure au terrain camerounais. Les programmes de prise en charge ont été élaborés au niveau international et relayés de façon plus ou moins formelle par le gouvernement Camerounais, posant ainsi la question des conditions et des modalités de ce relais.

Dans la constellation d'acteurs identifiés au Cameroun (le Minas, le Minéduc, le Minsanté, le Ministère de la protection de la femme et de la famille, l'UNICEF, le Fonds mondial de lutte contre le sida, l'Organisation Mondiale de la Santé, de nombreuses associations et ONG nationales et internationales) seul un travail de recomposition historique permettra de voir quelle est la place effective de l'Etat camerounais dans les politiques de prise en charge des OEV. Comment un Etat très souvent considéré comme institutionnellement faible, avec des

¹⁹ Eboko, Fred, « *La lutte contre le sida au Cameroun : un exemple de configuration éclatée d'acteurs* », Séminaire réseau IMPACT POLITIQUE AFRICAINE, Novembre 2004

²⁰ Muller et Surel, *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris 1998

capacités limitées, et jouissant d'un faible pouvoir au niveau international peut-il répondre efficacement aux questions que pose la prise en charge des OEV ? Ces caractéristiques attribuées à tort ou à raison à l'Etat camerounais font de lui, sur la scène publique de la prise en charge des OEV, un acteur comme les autres, un acteur parmi tant d'autres. Or tel n'est pas le cas dans certains pays comme l'Ouganda qui partage pourtant les mêmes caractéristiques que lui. Qu'est-ce qui pourrait donc expliquer le décalage entre l'ampleur de la faiblesse de l'Etat et les résultats escomptés en matière de lutte contre le sida et de prise en charge des OEV ?

Etudier les politiques publiques des OEV au Cameroun revient donc aussi à interroger la place de l'Etat. Ses contraintes et son action sont aussi questionnées, dans son double rôle de régulateur et de coordinateur de l'action publique, dont les échecs et les succès mettent en lumière les configurations internationales et ses propres difficultés²¹. Le paradigme étatique pèse d'un poids lourd dans la construction et la mise en œuvre de l'action publique, pour un ensemble de raisons qui tiennent à l'image des Etats en Afrique. Il nous entretient notamment sur la manière dont la question des orphelins du sida s'est retrouvée dans les agendas nationaux, et de la trajectoire des processus décisionnels dans le cadre de la lutte contre le sida.

Esquisser une étude de la construction des enjeux autour des OEV exige aussi de cerner l'évolution de l'action publique du sida au Cameroun et ses différentes formes. Suivant les travaux de la sociologie historique interprétative, Fred Eboko²² montre qu'une même politique publique édictée du même lieu n'a pas forcément les mêmes transmissions et les mêmes applications, en fonction justement de l'historicité, de la situation dans laquelle le sida y est traité, de la manière avec laquelle politiquement la question est gérée, avec une donnée qui n'est pas négligeable, l'évolution du capital mental, symbolique et institutionnel dans lequel s'inscrit la question des orphelins du sida.

²¹ Eboko, Fred. et Renaudin, Camille, « *La lutte contre le sida au Cameroun. Collusion entre les dynamiques internationales et les dynamiques internes de l'Etat* ».

²² Eboko, Fred, « Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique », *Cahiers d'Études africaines*, XLV (2), 178 : 351-387, 2005

Par ailleurs, au regard du tableau des acteurs en œuvre au Cameroun suivant « l'approche multisectorielle » voulue par l'ONUSIDA, la situation des OEV est susceptible de créer des tensions et des frictions. Cependant, elle est aussi susceptible de susciter de nouvelles formes de réflexion et d'actions. En d'autres termes, la multisectorialité pourrait nuire à la cohérence de la prise en charge, tout comme elle pourrait aboutir à des formes d'action inédites susceptibles d'accélérer ou de favoriser sa mise en œuvre. Si la rhétorique de la multisectorialité est souvent récurrente dans les sujets de base de l'Analyse des Politiques Publiques, force est de constater qu'il existe très peu de recherches approfondies sur son fonctionnement réel, tant au niveau international qu'à différents niveaux nationaux. Au-delà de ce problème de formalisme, la médiation intersectorielle, entendue comme négociation de règles et de compromis demeure sous-conceptualisée et sous-étudiée²³.

5- Intérêt d'une approche en termes d'analyse des politiques publiques

L'intérêt pour l'analyse des politiques publiques dans des terrains extra – occidentaux et notamment africains est une perspective de recherche relativement nouvelle qui n'en ressuscite pas moins la vieille querelle entre universalisme et culturalisme très courante dans les sciences sociales. Un colloque²⁴ récent a tenté d'interroger la banalité des terrains africains par rapport à ce qui est présenté comme des grilles d'analyse importées remettant au centre des débats moins la question brutale de l'existence des politiques publiques que celle de leur analyse en Afrique.

Comment parler sans risque en effet de politiques publiques dans un non-Etat ou un « Etat en pointillé », en l'absence d'une société civile organisée, dans le cadre d'une gestion néo-patrimoniale des services publics ? La culture de rente qui prospère à la faveur des capacités distributives de l'Etat et de la personnalisation du Pouvoir politique tend à faire de la gestion des politiques publiques un site

²³ Smtih, Andy, *La médiation intersectorielle comme objet de recherche en science politique : concepts et hypothèses*, Note préparée pour une réunion du GT5 de PRODDIG, Bordeaux, le 02 mai 2006

²⁴ Centre d'Etudes d'Afrique Noire / Institut d'Etudes Politiques et la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, « L'Afrique des politiques publiques : banalité des terrains ou illusions méthodologiques », Colloque organisé les 3 et 4 mars 2006 à Bordeaux.

d'observation privilégié de la *politique du ventre*²⁵ où l'intérêt général est sacrifié sur l'autel de la conservation du pouvoir. Dans les conditions de « débâcles institutionnelles »²⁶, de « criminalisation de l'Etat »²⁷ et d'absence de débats politiques à travers un espace public pluraliste, il devient difficile de *penser l'action publique*. « Existe-t-il des politiques publiques en Afrique ? » s'interroge même Yves Alexandre Chouala²⁸. Un éminent juriste, ancien membre du jury du concours d'agrégation n'hésite pas à critiquer sévèrement « les africanistes qui s'aventurent dans l'analyse des politiques publiques alors qu'il n'y a plus d'Etat en Afrique, que le public et le privé ne forment qu'un sur ce continent et que les ressources y sont essentiellement externalisées... »²⁹.

Deux contraintes majeures se posent en effet à l'étude des politiques publiques sur le terrain africain. La première se rapporte à la notion de secteur, qui est au fondement même des analyses en termes de politiques publiques. La seconde est relative à l'autonomie des Etats africains, dans un contexte où les bailleurs de fonds pèsent d'un poids important dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques.

Pour Dominique Darbon, le repérage, voire l'affirmation de l'existence de la sectorisation sont problématiques eu égard à la situation de projection des sociétés africaines³⁰. En situation de projection, les secteurs sont souvent importés, préfabriqués par anticipation de ce qui devrait être. La définition réglementaire des secteurs anticipe alors très souvent la production de ces espaces. Ce qui implique deux phénomènes : en premier lieu, les secteurs sont repérables, formellement et légalement par leur constitution en ministères ou en direction d'administration. Cependant, ils ne sont pas dotés de moyens financiers et humains nécessaires, et ne s'appuient pas non plus sur les acteurs non étatiques structurant

²⁵ Jean – François BAYART, *L'Etat en Afrique : la politique du ventre*, Fayard, collection « espace du politique », Paris, 1994.

²⁶ M. ENGUELEGUELE, « L'analyse des politiques publiques dans les pays d'Afrique subsaharienne : les apports de la notion de « référentiel » et du concept de « médiation », PP 233 – 253, in *Afrique politique*, 2002, Karthala, Paris, P.234.

²⁷ M.ENGUELEGUELE, *ibid*, J.F BAYART, ELLIS et HIBOU cités.

²⁸ Yves Alexandre C.HOUALA, « Existe-t-il des politiques publiques en Afrique ? Une discussion à partir du terrain camerounais, communication dans le cadre du colloque de Bordeaux des 03 et 04 mars 2006 organisé par le CEAN et la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.

²⁹ Maurice ENGUELEGUELE, « De quelques apports de l'analyse de l'action publique à l'étude du politique en Afrique », Communication dans le cadre du Colloque de Bordeaux des 03 et 04 mars 2006.

³⁰ Les sociétés projetées se caractérisent par le fait qu'elles sont soumises à des projets (de développement) et qu'elles sont pensées par rapport à un futur déjà identifié. « L'institutionnalisation de la confiance politique dans les sociétés

ces secteurs ou ayant milité pour leur création. Il peut donc exister un effet de doublon au sein d'un même secteur, deux entités évoluant de façon autonome ou aux dépens l'une de l'autre³¹. En second lieu, ces secteurs peuvent exprimer des cadres normatifs produits par l'importation institutionnelle, au lieu d'être l'expression de structuration du jeu social³².

C'est donc une large part de la variable institutionnelle, importante dans l'analyse des politiques publiques qui présente des faiblesses sur le terrain africain. Parallèlement, ces interrogations soulèvent la question encore peu abordée du rapport entre la nature d'un régime politique et le pilotage des politiques publiques que Bruno Jobert et Pierre Muller soulignaient déjà en ces termes : « *Il s'agit de savoir si la forme générale du système politique engendre des contraintes spécifiques dans la conduite de l'action publique dans certaines conjonctures déterminées* »³³. Question peu abordée mais combien délicate dans la mesure où la diversité des situations politiques n'autorise guère des conclusions définitives et tranchées.

Si l'on pose la question de l'Etat dans les processus d'action publique des OEV, cela renvoie à la place de l'Etat comme forme d'organisation dans la production des politiques. Et dans ce sens, si on se réfère à certaines entrées comme gouvernance, gouvernabilité, légitimité, capacité etc., nous nous trouvons dans une situation de déconstruction de la vision de l'Etat en tant qu'ordre surplombant, unitaire et transcendant. Pourtant que l'on soit dans des situations de contrôle (Etats du Nord) ou dans des situations de dépendance et de projection, (Etats du sud), l'Etat correspond toujours à un ensemble de relations³⁴. Donc en analysant ainsi *l'Etat en action* et en *interaction*, en le percevant comme un phénomène relationnel, on voit que l'Etat, peu importe, sa nature est appelé à se poser en tant que fédérateur de la pluralité souvent conflictuelle des groupes sociaux.

projetées du prêt à porter institutionnel à l'ingénierie sociale des formules politiques », in 7th Global Forum on Reinventing Government: Building Trust in Government 26 – 29 June 2007, Vienna, Austria

³¹ Dominique Darbon, op cit.

³² Dominique Darbon propose de reconsidérer la notion de secteur en terrain africain. Mettre de côté la notion de secteur en tant que « espace préconstitué par des normes légales » pour le ramener à « un type de configuration des rapports sociaux qui produit un espace autonome de gestion ». D. Darbon, op cit.

³³ Bruno JOBERT et Pierre MULLER, *L'Etat en action*, PUF, 1987, Paris, P.702

³⁴ Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, A. Colin, Paris, 2008

Fût-il donc importé, l'Etat en Afrique noire est un Etat qui agit, autrement dit qui prend des décisions en légiférant, en décrétant, en contractant, en négociant et en redistribuant indépendamment des effets attendus de son action sur la société. En ce sens, le discours relatif à la crise de l'Etat en Afrique notamment à travers les faiblesses de sa légitimité instrumentale ne justifie pas une exclusion de ce champ géographique d'étude de l'analyse des politiques publiques. Nous avons tenu à montrer le parti pris de notre étude d'entrée, afin de banaliser le terrain camerounais dans l'analyse des politiques publiques du sida, et plus particulièrement en ce qui concerne l'action publique des OEV.

A travers une brève synthèse de la littérature consacrée à l'analyse des politiques publiques, aux politiques de lutte contre le sida et aux enfants en temps de sida en Afrique, notre recherche s'ordonnera autour de trois parties :

- La première partie essaie de planter le décor en posant la question centrale de la définition de la vulnérabilité des enfants face au sida.
- La deuxième partie s'attachera à interroger la place de l'Etat camerounais dans les processus d'action publique des OEV.
- Enfin la troisième et dernière partie, consacrée à une approche comparée aura pour ambition d'étudier les liens entre organisation politique de la lutte contre le sida, caractéristiques de l'Etat, et action publique multisectorielle des OEV.

Ainsi remise en perspective, la problématique des OEV au Cameroun paraît plurielle et porteuse de clés pour comprendre *l'Etat en action en situation de projection*.

1^{ère} Partie *DEFINIR LA VULNERABILITE DES ENFANTS DANS LE CONTEXTE DU SIDA EN AFRIQUE*

Différentes définitions ont été apportées depuis un moment pour décrire la vulnérabilité des enfants face au sida. On est passé d'orphelins du sida tout court, terme servant à désigner tous les enfants qui ont perdu au moins un de leurs parents à cause du sida³⁵, à Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), pour englober tous les enfants dont la survie et la vie sont compromis par le sida. Aujourd'hui on ne parle plus que d'OEV, les orphelins du sida rentrent dans cette catégorie, ainsi que tous les enfants infectés par le virus, tous ceux qui vivent dans des foyers affectés par le VIH/sida. Mais bien que les études diffèrent souvent sur le contenu qu'elles accordent à la vulnérabilité, elles mobilisent de manière générale les mêmes déterminants à savoir la santé et la nutrition.

Cette partie a deux chapitres. Le premier tente de caractériser la vulnérabilité des enfants face au sida. Le deuxième présente la mise en problème de cette question et ses enjeux.

³⁵³⁵ Unicef 2004

1. Qui sont les orphelins et enfants vulnérables ?

1.1. Au risque des définitions

L'appellation « orphelin du sida » a prévalu au début de l'épidémie. Elle recouvrait des réalités différentes selon les études : pour les uns, les orphelins étaient uniquement ceux qui avaient perdu leur mère ; d'autres ont rajouté des critères d'âge (on n'était orphelin que jusqu'à 15 ans) ; puis l'importance du père a été reconnue... Ces définitions diverses ont eu pour conséquence de produire des données peu comparables entre elles. En 2004, l'ONUSIDA et l'UNICEF ont tranché la question. Sont considérés comme orphelins les enfants de moins de 18 ans ayant perdu soit leur père, soit leur mère, soit les deux à cause du sida. L'ONUSIDA a par ailleurs conçu une catégorie plus large, celle des « orphelins et enfants vulnérables » (OEV), c'est-à-dire ceux dont la survie, le bien-être ou le développement sont compromis par le VIH/sida.

« La diversité des termes utilisés pour désigner ces enfants témoigne de la difficulté à penser un phénomène multiforme », commente Sandrine Dekens, spécialiste des questions de vulnérabilité des enfants, qui invite à dépasser cette catégorisation pour penser davantage en termes de risques encourus par les enfants. D'autres soulignent le risque de stigmatisation inhérent à l'emploi des termes comme « orphelin du sida » ou à séparer les OEV des autres orphelins. Pour autant, comment penser les problématiques spécifiques induites par le VIH/sida sans nommer les enfants qui en sont victimes ?

Le Cadre pour la protection, le traitement et l'accompagnement des orphelins et autres enfants vulnérables vivant dans un monde marqué par le VIH et le SIDA définit ainsi le mot orphelin : un orphelin est un enfant de moins de 18 ans dont la mère, le père ou les deux parents sont morts, et ce quelle qu'en soit la cause. Les orphelins toutes causes confondues peuvent être décrits plus précisément comme suit :

- Orphelin simple : enfant qui a perdu un parent.
- Orphelin double : enfant qui a perdu ses deux parents.

- Orphelin maternel : enfant dont la mère est morte (cela comprend les orphelins doubles).
- Orphelin paternel : enfant dont le père est mort (cela comprend les orphelins doubles).

Tableau 1: Types of Child Residence Status

	Father alive, residing with child	Father alive, not residing with child	Father dead
Mother alive, residing with child	Both parents present	Absent father	Paternal orphan
Mother alive, not residing with child	Absent mother	Fostered (social orphans)	Paternal orphan, absent mother (fostered)
Mother dead	Maternal orphan	Maternal orphan, absent father (fostered)	Double orphan (fostered)

Source: *Stuart, Gillespie & al*³⁶

La dynamique du problème

Le nombre d'enfants devenus orphelins récemment (incidence) reflète l'ampleur et l'impact actuel de la crise. Bien que les estimations sur la prévalence des orphelins incluent tous les enfants de 0 à 17 ans qui ont perdu un parent ou les deux dans leur vie, l'incidence ne tient compte que de ceux qui ont perdu un parent pendant l'année écoulée. Chaque année, certains orphelins atteignent l'âge de 18 ans et ne sont plus comptabilisés comme orphelins. En même temps se présente une nouvelle cohorte d'enfants âgés de 0 à 17 ans qui ont perdu soit un parent, soit les deux. Lorsque le nombre de nouveaux orphelins sera moins élevé que celui de ceux qui atteignent 18 ans, le nombre d'orphelins commencera à diminuer³⁷.

En 2005, 5,5 millions d'enfants de l'Afrique subsaharienne sont devenus orphelins toutes causes confondues, ce qui représente une augmentation substantielle par rapport aux 3,4 millions d'enfants devenus orphelins en 1990³⁸. Une partie de cette augmentation s'explique par la croissance de la population–; le reste est vraisemblablement dû au SIDA³⁹.

³⁶ Stuart, Gillespie, Amy Norman, Betsy Finley, *Child Vulnerability and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: What We Know and What Can Be Done*, 17 October 2005

³⁷ **Source** : estimations ONUSIDA et UNICEF 2006.

³⁸ **Source** : estimations ONUSIDA et UNICEF 2006.

L'âge des orphelins et l'âge auquel on devient orphelin

La répartition des orphelins par âge est sensiblement la même dans tous les pays. La proportion des enfants qui sont orphelins et le nombre d'orphelins doubles s'accroît avec l'âge. Près de la moitié de tous les orphelins et les deux tiers des orphelins doubles sont des adolescents de 12 à 17 ans⁴⁰. L'âge des orphelins et leur âge au moment où ils le deviennent ont des répercussions significatives sur la planification des mesures qui répondent aux besoins des enfants à chaque stade de leur développement⁴¹. Les orphelins les plus âgés risquent de ne plus pouvoir aller à l'école, de se faire exploiter au travail, d'être exposés au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles⁴². Les orphelins les plus jeunes, bien qu'ils constituent un pourcentage plus faible de tous les orphelins (16 pour cent), sont les moins résistants. Ce sont aussi ceux qui ont le plus grand besoin de soins physiques et de soutien moral⁴³.

Par définition, un orphelin est quelqu'un qui a perdu un parent au plus tôt 17 ans auparavant. Les enfants qui ont subi la mort d'un parent récemment auront probablement des besoins différents qui demandent des actions spécifiques. Il n'existe toutefois que très peu de collectes de données sur les besoins particuliers aux orphelins, analysés en fonction du temps qui les sépare de la mort d'un de leurs parents.

1.1.1. Perte du père ou de la mère (orphelins simples)

A ce jour, il y a davantage d'orphelins simples qui ont perdu leur père que leur mère, principalement parce que les hommes ont des enfants à un âge plus avancé et risquent plus de mourir avant que leurs enfants ne soient devenus

³⁹Unicef 2005

⁴⁰ : Floyd, Sian, et al., UNICEF project : HIV and orphanhood : final report on phase 3, collaboration entre le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et la London School of Hygiene & Tropical Medicine, Septembre 2005, pp. 16, 34. Ce rapport a trait à la troisième phase d'un projet utilisant des données empiriques provenant d'études communautaires longitudinales africaines pour évaluer l'impact général de l'épidémie de VIH sur le bien-être des enfants.

⁴¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Agence des Etats-Unis pour le développement international : Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action, projet population, santé et nutrition, pour USAID, juillet 2004, Washington, D.C., 2004, pp. 7, 14.

⁴² Unicef , Les enfants la face cachée du sida, 2005

adultes. Dans les pays à haute prévalence du VIH toutefois, le nombre de femmes mourant du SIDA est en essor. Dans une étude faite dans la province du Manicaland (Zimbabwe), les chercheurs ont montré que le rythme auquel les enfants perdaient leur mère était en augmentation et dépasserait bientôt le rythme de décès du père⁴⁴. En Afrique subsaharienne, on compte en moyenne trois femmes vivant avec le VIH pour deux hommes infectés. Le fossé est encore plus grand chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au début de leurs années de procréation, avec trois femmes infectées pour chaque jeune homme⁴⁵.

Parce que le sida fait de plus en plus de victimes chez les femmes et parce que c'est une maladie sexuellement transmissible qui a donc toutes les chances d'infecter les deux parents, le problème est en train d'évoluer et entraîne une augmentation du nombre d'orphelins doubles.

1.1.2. Perte des deux parents (orphelins doubles)

Le sida est un facteur important parmi ceux qui contribuent à rendre les enfants orphelins, parce que si l'un des parents est infecté au VIH, la probabilité que l'autre parent soit infecté est élevée, et les enfants se retrouvent dans une situation où ils risquent de perdre leur père et leur mère en un temps relativement court⁴⁶.

Sur les 12 millions d'enfants qui étaient orphelins doubles en Afrique subsaharienne en 2005, 5,2 millions environ, soit près de 60 pour cent, avaient perdu au moins un de leurs parents à cause du sida. Sans le sida, le nombre total d'orphelins doubles en Afrique subsaharienne aurait décliné entre 1990 et 2010⁴⁷.

Toutefois, le SIDA fera monter le nombre d'orphelins doubles dans la région à plus de 15 millions d'ici à 2010. Même lorsque le taux global d'enfants devenus orphelins est stable, une augmentation du nombre d'orphelins doubles

⁴³ Unicef, Les générations orphelines d'Afrique, 2006

⁴⁴ Unicef les générations orphelines, 2006

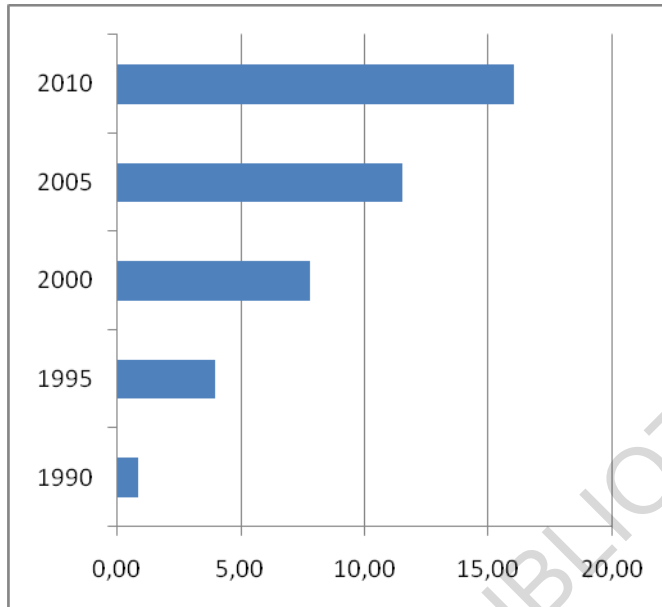
⁴⁵ idem

⁴⁶ Floyd, Sian, et al.: UNICEF project: HIV and orphanhood: final report on phase 3, Septembre 2005, UNICEF.

⁴⁷ idem

comme celle qui est causée par le SIDA représente une aggravation significative de la situation pour les enfants affectés (Figure 1).

Figure 1 : Nombre d'enfants (en million) de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne qui ont été rendus orphelins par le SIDA, 1990-2010



Source : estimations ONUSIDA et UNICEF 2006.

1.1.3. Les enfants affectés par le sida

Enfants vivant avec des parents atteints d'une maladie chronique

L'on estime que les enfants sont vulnérables lorsqu'ils vivent avec un parent atteint d'une maladie chronique comme le sida. Ils sont alors obligés de s'occuper de leurs parents. Ce sont de nouvelles responsabilités lourdes pour leur âge qu'ils endossent à ce moment. Certains enfants abandonnent le chemin de l'école pour s'occuper de la maison, surtout les filles⁴⁸. Quand les parents sont malades, l'équilibre psychologique de l'enfant est sérieusement affecté, parce qu'il voit ses parents mourir. Les plus grands veillent sur leurs cadets en même temps que sur leurs parents (donner le

⁴⁸ Unicef, op cit

bain, les médicaments, faire le ménage, faire à manger, obtenir des revenus ou des produits alimentaires...) et cela compromet grandement leur scolarisation. D'autres quittent l'école pour travailler et ramener de quoi nourrir la famille⁴⁹.

Enfants affectés à ce jour et jusque dans les années à venir

Même là où la prévalence du VIH se stabilise ou commence à décliner, le nombre d'orphelins continuera à augmenter, ou du moins demeurera élevé pendant un certain nombre d'années, en raison du décalage entre le moment où une personne contracte le VIH et celui où elle meurt. La crise engendrée par l'augmentation du nombre d'orphelins et enfants vulnérables n'est pas une crise à court terme. A la différence de nombreuses autres maladies ou d'accidents et d'épisodes de violence, on peut jusqu'à un certain point prévoir les tendances dans l'évolution du phénomène.

Des projections effectuées sur la base de la prévalence du VIH et les niveaux actuels des traitements antirétroviraux indiquent que le nombre d'orphelins et enfants vulnérables à cause du VIH en Afrique subsaharienne continuera à augmenter au moins jusqu'en 2010. A ce moment-là, 15,7 millions d'enfants selon les estimations, soit 30 pour cent des 53 millions d'orphelins prévus toutes causes confondues en Afrique subsaharienne, auront perdu au moins un parent à cause du SIDA⁵⁰.

Le nombre d'orphelins peut aussi se ressentir par l'absence ou la faiblesse des services de santé en matière de procréation. Or c'est le cas actuellement parce que la PTME n'est donnée qu'à 7,5 pour cent des femmes enceintes⁵¹.

1.2. Les aspects de la vulnérabilité

La vulnérabilité est produite par une situation sociale et résulte d'un processus qui s'inscrit **dans la durée** (un parent vivant, plus ou moins malade, orphelin double) et dans **l'intensité** (enfant vivant avec ou sans fratrie, avec un grand parent, dans une famille de voisins, dans la rue...), **de l'exposition aux**

⁴⁹ Idem

⁵⁰ Estimations Onusida et Unicef 2006

⁵¹ Rapport UNGASS 2008, Cameroun

risques (risques mettant la vie en péril, exposant à une forte dégradation des conditions de vie, ayant un impact immédiat ou à long terme)⁵². D'après Sandrine Dekens, il existe trois types de vulnérabilité :

- Médicale et sanitaire (VM) : risques sanitaires et médicaux (enfants séropositifs, handicapé moteur, autres pathologies...)
- Socioéconomique (VS) (dont la malnutrition) : prend en compte la famille et le contexte de vie de l'enfant ;
- Psychologique (VP) : le vécu spécifique de chaque enfant (catégorie de risque) influencera la prise en charge.

Dans le contexte du sida, les enfants sont différemment exposés à ces trois degrés de vulnérabilité. Elles peuvent être hautes (orphelins doubles), moyenne (orphelins simples), ou basse (enfants affectés).

1.2.1. La vulnérabilité médicale et sanitaire

La survie de l'enfant

La mortalité des enfants est très étroitement liée au statut sérologique des mères. Le sida est devenu si prévalent dans certaines parties d'Afrique subsaharienne qu'il modifie les tendances concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les recherches effectuées dans la région entre 1990 et 1999 ont révélé que la mortalité des enfants de moins de cinq ans imputable au sida était passée de 2% en 1990 à 7,7% en 1999; ces chiffres tiennent seulement compte de l'impact direct du VIH sur la survie des enfants, et pas de ses effets indirects. Pour cette raison, les auteurs de ce travail de recherche déclarent que leurs chiffres « sous-estiment presque sans aucun doute l'effet global du VIH/sida sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans ».⁵³

La survie des jeunes enfants (de 0 à 3 ans) est en jeu lorsque leur mère est mourante ou vient de mourir. Les enfants de ce groupe d'âge risquent 3,9 fois plus de mourir pendant l'année qui précède ou l'année qui suit la mort de leur mère,

⁵²Sandrine Dekens, Opérationnaliser le concept de vulnérabilité, <http://www.orphelins-sida.org/notre-expertise/index.php>

⁵³ Unicef, op cit

que cette mort soit causée par le sida ou par d'autres facteurs. Mais lorsque la mère est séropositive, ses jeunes enfants sont encore plus menacés, parce qu'ils risquent d'avoir été infectés par le VIH in utero, lors de l'accouchement ou par l'allaitement maternel⁵⁴.

A l'heure actuelle, une très faible proportion d'enfants infectés reçoit un traitement antirétroviral (1 sur 10 en Afrique). Au Cameroun le taux de mortalité infantile (moins d'un an) est de 87%. Seules 7,5 pour cent de femmes bénéficient d'une PTME, et en moyenne un enfant sur 6 meurt avant l'âge de 5 ans⁵⁵.

Santé et nutrition

La sécurité alimentaire au foyer est un indicateur important des possibilités nutritionnelles à long terme. Vue sous cet angle, la situation est plus préoccupante car dans les foyers où le chef de famille est mort ou souffrant, la principale source de revenus est compromise. Les estimations de l'ONUSIDA montrent que les ménages qui compteraient plus d'un orphelin risqueraient plus de se plaindre de l'insécurité alimentaire, et d'une faim modérée à sévère que les foyers sans orphelins. Les enfants affectés/ infectés vivant dans des foyers pauvres sont plus exposés au risque de dénutrition et de malnutrition que les autres enfants⁵⁶. Or les enfants séropositifs, plus que les autres, ont des besoins nutritionnels importants. Chez un enfant sous alimenté le système immunitaire est affaibli, l'infection par des maladies liées au VIH/Sida peut, par conséquent, progresser beaucoup plus rapidement que chez un enfant bien nourri.

Ces estimations donnent à penser que bien que les foyers soient capables d'absorber un seul orphelin sans que l'impact en soit significatif, ils ne peuvent pas continuer à s'occuper d'orphelins supplémentaires sans incidence sur leur sécurité alimentaire.

⁵⁴ Idem

⁵⁵ Source : Campagne « unissons pour les enfants contre le sida », www.unicef.org

⁵⁶ Unicef, Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : Les enfants affectés par le SIDA, 2006

1.2.2. La vulnérabilité socio économique

Le phénomène des OEV entraîne une désintégration du tissu familial et communautaire, faute de moyens pour s'occuper d'eux, soit par peur de la contamination, soit à cause des représentations de la maladie, soit en raison de l'étendue de la déstructuration des cellules de socialisation dans certaines régions (par exemple les tristement célèbres villages d'orphelins). Le sida affecte en outre gravement la force de travail des adultes et cela a un impact sur la productivité et sur la survie des ménages.

Déclin du patrimoine familial et désintégration du tissu familial

L'épidémie du VIH/Sida, de part son impact sur les structures économiques, institutionnelles et communautaires, fragilise les enfants en limitant l'accès aux besoins de base tels que l'alimentation, l'éducation, le logement, etc. Dans les familles touchées par le sida, on dépense plus pour s'occuper des membres malades, ce qui laisse moins de ressources pour les enfants du ménage.

Quand la pauvreté et le sida coexistent, les enfants et les familles risquent de se trouver priver de tout. L'augmentation des dépenses affectée aux soins, la diminution des revenus, des taux de dépendance plus élevés peuvent entraîner l'appauvrissement des familles affectées. Même après la mort des personnes malades, les dépenses funéraires peuvent lourdement grever les budgets du foyer.

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne y compris le Cameroun, les familles élargies, particulièrement les grands parents, ont assumé la responsabilité de plus de 90 pour cent de tous les orphelins doubles et des orphelins simples qui ne vivaient pas avec le parent survivant (85% au Cameroun), sans être beaucoup aidé par les pouvoirs public⁵⁷. La prise en charge des orphelins a en effet un coût direct sur les familles et les foyers qui les prennent en charge puisque leurs ressources financières doivent subvenir à un plus grand nombre de

⁵⁷ idem

personnes. Il s'agit de ce que Marc Pilon appelle « *solidarités dans la crise et crise des solidarités* »⁵⁸.

Rares sont les familles ou les communautés pauvres qui effectuent un testament officiel. Le risque est donc grand de voir les enfants déposséder de leurs biens par les membres de la famille élargie. C'est le risque de spoliation d'héritage.⁵⁹

Il n'y a cependant pas que les orphelins du sida qui se trouvent vulnérables. Même les non orphelins, du fait de l'appauvrissement croissant de leur famille parce que la maladie des parents ou l'arrivée des cousins et autres membres de la famille influe sur les dépenses de la famille.

Malgré tout, la prise en charge traditionnelle des orphelins par la famille élargie reste de loin l'alternative la plus économique et la mieux adaptée pour prendre en charge ces enfants. Il paraît donc nécessaire pour les pays de renforcer la capacité des familles dans l'accueil des orphelins pour cause de VIH/Sida⁶⁰. L'épidémie du sida qui se propage à grande vitesse dans les zones rurales pose en effet un grave problème de sécurité alimentaire et remet en cause "le droit fondamental de l'homme à la nourriture pour des millions d'habitants du monde en développement", a déclaré le Directeur de la FAO, Jacques Diouf.

Des occasions manquées dans l'éducation

Le VIH/SIDA change la donne en matière d'éducation, que ce soit en termes d'offre (nombre d'enseignants), ou de demande (nombre d'élèves), de la qualité de l'enseignement ou des ressources disponibles. L'éducation pour tous est un objectif de développement crucial reconnu de plus comme stratégie clé dans la prévention du VIH/sida. On craint que les orphelins ne soient moins éduqués que les autres, soit parce qu'il est possible que les personnes qui les ont pris en charge n'aient pas de quoi financer leur scolarisation, soit parce qu'elles peuvent avoir besoin d'eux pour des activités économiques, soit parce que ces enfants n'ont pas les moyens de suivre une scolarité normale (poids du stigmaté, de la pauvreté) etc.

⁵⁸ Pilon, Marc et Vignikin, Kokou, *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*, Paris, Ed des Archives Contemporaines, 2007

⁵⁹ Arvind Singhal & W. Stephen Howard, *The Children of Africa confronts AIDS*, Ohio University Press, Athens, 2003

L'UNICEF a identifié divers types d'occasions manquées dans l'éducation : l'absence de scolarisation, l'arrêt des études et les mauvais résultats scolaires. Les filles, devant souvent s'occuper des travaux domestiques, ont plus de probabilités de stopper l'école en premier. Les taux de scolarisation des orphelins comparés à ceux des non orphelins présentent des différences considérables d'un pays à l'autre, voire au sein d'un même pays. Au Cameroun, le ratio de scolarisation est de 0,87 en légère baisse par rapport à celui de 2003 qui était de 0,98 selon les sources⁶¹.

1.2.3. La vulnérabilité psychologique

La maladie du sida et la mort qu'elle entraîne sont des événements traumatisants dans une famille et particulièrement difficiles à vivre pour les enfants. Mais le plein impact de la mort d'un parent est largement déterminé par les circonstances auxquelles chaque enfant est soumis : les ressources de son foyer et de sa communauté, sa relation avec ceux qui s'occupent de lui, son âge pendant la maladie et à la mort de ses parents, et tout un ensemble d'autres facteurs. Les enfants rendus orphelins et fragilisés par le sida sont soumis à une série de pressions qui risquent de nuire à leur bien-être psychologique et affectif.

Le sida affecte les enfants bien avant la mort des parents

La vulnérabilité des enfants orphelins à cause du SIDA commence bien avant la mort de leur(s) parent(s). Les effets commencent souvent à se faire sentir avec le début de la maladie d'un parent, et peuvent comprendre l'appauvrissement de la famille, la douleur affective, la négligence et le surcroît de responsabilité associé à la maladie d'un parent, ainsi que la stigmatisation et la discrimination associées au VIH, qui peuvent isoler et humilier un enfant.

⁶⁰ Jusqu'à 25 pour cent de la main-d'oeuvre agricole pourrait être perdue dans les pays de l'Afrique subsaharienne d'ici à 2020. Accueillir les enfants devenus orphelins à cause du SIDA, s'occuper des proches qui en sont atteints réduit la quantité de nourriture disponible pour chaque membre du ménage. ONUSIDA, 2004

⁶¹ Cameroun, Rapport UNGASS 2008

Les répercussions spécifiques sur la santé et l'éducation des enfants lorsque ceux-ci ont des parents atteints de maladies chroniques ont été décrites ci-dessus. Ensemble, tous ces facteurs peuvent limiter les chances d'un enfant, immédiatement et à long terme.

La perte de parents et la séparation avec ses frères et sœurs

Lorsque leur mère, ou leur père, ou les deux parents, meurent, les enfants se retrouvent privés de l'affection, des soins et de la protection de leurs parents biologiques, qui jouent un rôle si crucial au début de la vie et dans le développement d'une personne. Les enfants devenus orphelins doivent souvent trouver un nouveau foyer, et le font parfois au prix d'une séparation triste avec leurs frères et sœurs ou de l'intégration dans des groupes de solidarité atypique, des groupes d'enfants construisant leurs propres systèmes normatifs et hiérarchiques et produisant de véritables contre sociétés.

Il existe peu de chiffres sur la séparation de frères et de sœurs d'une même famille, mais les enfants orphelins peuvent être placés dans diverses familles pour diviser la charge qu'ils représentent. Une enquête rétrospective menée à Karonga (Malawi) a montré que 4 pour cent seulement des non-orphelins de moins de 15 ans étaient séparés de leurs frères et sœurs de moins de 15 ans. Mais 15 pour cent des orphelins paternels, 21 pour cent des orphelins maternels et 8 pour cent des orphelins doubles ne vivaient pas avec leurs frères et sœurs⁶². En Zambie, on s'est aperçu que 30 pour cent des orphelins et enfants vulnérables ne vivaient pas avec tous leurs frères et sœurs de moins de 18 ans, alors que 15 pour cent des enfants qui n'étaient pas classés comme orphelins ou vulnérables vivaient loin de leurs frères et sœurs⁶³. Des recherches menées à partir d'une étude en Zambie ont révélé

⁶² Floyd, Sian, et al. Ce rapport a trait à la troisième phase d'un projet utilisant des données empiriques provenant d'études communautaires longitudinales africaines pour évaluer l'impact général de l'épidémie de VIH sur le bien-être des enfants.

⁶³ Zambia *Sexual Behaviour Survey 2005* (Enquête 2005 sur les comportements sexuels en Zambie) République de Zambie, Bureau central des statistiques, Ministère de la santé, évaluation de mesures, mars 2006, p. 82.

que la séparation des frères et des sœurs était un déterminant important de la détresse affective des orphelins dans un échantillon de population urbaine⁶⁴.

La maladie des parents est aussi un facteur de discrimination et de stigmatisation pour les enfants. Certains vivent très mal le fait que leurs camarades ne veulent plus jouer avec eux, le fait qu'on les évite dans la communauté, et le fait qu'ils soient jugés différents des autres. La discrimination et le manque d'attention ont des répercussions graves sur la santé mentale des enfants⁶⁵.

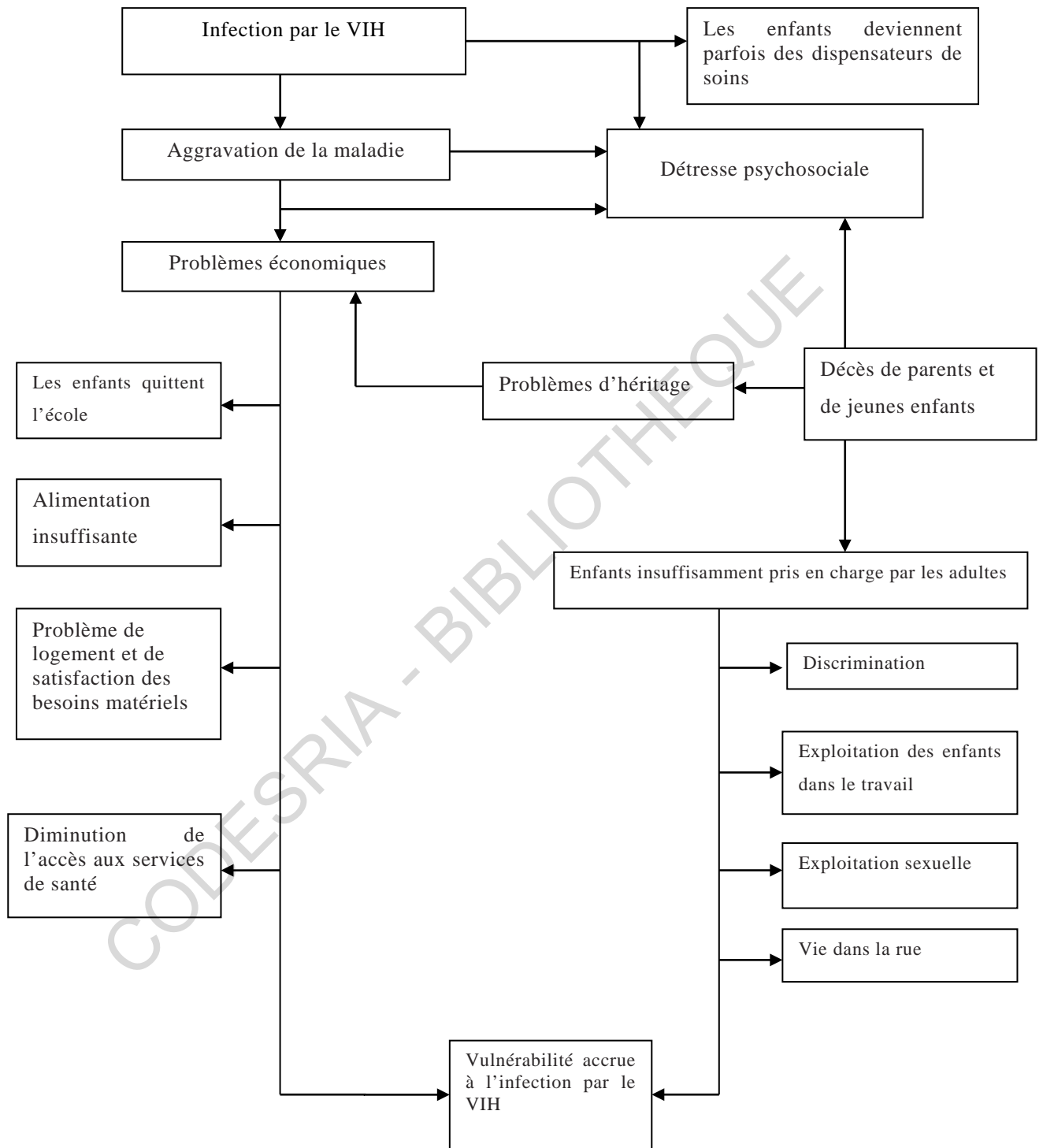
Il n'existerait pas d'études sur les effets psychologiques et affectifs qu'ont sur les enfants la maladie et la mort de parents imputables au sida au Cameroun. Mais une étude des enfants orphelins du sida dans les zones rurales d'Ouganda a relevé des niveaux élevés d'angoisse, de dépression et de colère, un sentiment d'impuissance et des envies de suicide. Dans cette étude, 12 pour cent des orphelins ont affirmé qu'ils préféreraient mourir, alors que 3 pour cent seulement des non-orphelins exprimaient de tels sentiments⁶⁶.

⁶⁴ Nampanya-Serpell, Namposya, *Children orphaned by HIV/AIDS in Zambia: Risk factors from premature parental death and policy implications*, PhD dissertation, University of Maryland, Baltimore, 1998, cited in Foster, Geoff, and John Williamson, 'A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa', *AIDS*, vol. 14, suppl. 3, 2000, pp. S275-S284.

⁶⁵ Unicef 2004, Les enfants au bord du gouffre

⁶⁶ Atwine, Benjamin, Elizabeth Cantor-Graae et Francis Bajunirwe, 'Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda', *Social Science & Medicine*, vol. 61, 2005, pp. 555-564.

Figure 2 : Problèmes parmi les enfants et les familles touchés par le VIH/sida



Source : Williamson, mars 2000

Extrait de : Unicef, *Guide du suivi et de l'évaluation de la réponse nationale face au problème des orphelins et des enfants rendus vulnérables par le VIH/sida*, février 2005

2. La construction des OEV comme problème public : la naissance d'une « cause sociale »

La question de la construction des OEV en problème et sa mise sur agenda politique se pose à priori de la même manière que pour le sida. Comme le dit Fassin⁶⁷, « *les politiques nationales de lutte contre le sida en Afrique se décident non pas dans les capitales africaines, mais à Genève, au siège de l'Organisation Mondiale de la Santé, où s'élaborent les plans et les stratégies que les experts de cette institution viennent ensuite proposer, mettre en place et plus tard évaluer* ».

Ce qui laisse à penser que les normes sanitaires, sociales, économiques, éducatives, etc. sont souvent élaborées au niveau supra-étatique, souvent sans la présence des acteurs locaux, ce qui n'est pas sans provoquer des problèmes de réappropriation des enjeux et de délimitation des compétences. Une « loi d'airain des oligarchies biomédicales »⁶⁸ en charge du sida s'est constituée depuis le début de l'épidémie au Nord, portée par des groupes de spécialistes ou d'experts dont les discours très techniques sur les questions liées à l'intimité avaient du mal à passer en Afrique. Ce qui permet de comprendre les postures idéologiques et attitudes politiques de certains leaders africains face au sida. Qu'il s'agisse de « dissidence » à la manière de Mbeki en Afrique du sud, ou de « silence » comme c'est le cas pour le Président Biya au Cameroun, il est question de souscrire à l'idée que les contradictions observées dans les politiques publiques de lutte contre le sida en Afrique sont consubstantielles aux modalités de leur conception.

Le sida est un problème de santé publique mondial. La nature mondiale de l'épidémie signifie entre autres qu'aucun pays n'est à l'abri. La maladie ne respecte pas les frontières, d'où la nature globale de la lutte. En outre, l'accroissement du nombre d'infections et de décès dû au sida, et le phénomène grandissant des OEV qui en est la conséquence complexifie davantage les modalités de lutte contre le sida. Si la « mise sur agenda » d'un problème public est très liée à la mobilisation de groupes sociaux qui perçoivent un écart entre ce qui est et ce qui devrait être, par quels mécanismes la question des OEV a-t-elle

⁶⁷ Didier Fassin, *L'espace politique de la santé*, PUF, Paris, Décembre 1996, p. 299

⁶⁸ Eboko, 1999 a

fait l'objet d'une attention des pouvoirs publics au point d'aboutir à l'élaboration d'un programme national de soutien aux OEV ?

Comme nous allons le démontrer, la constitution des OEV en problème public a pris corps dans des *arènes*, qui sont des espaces publics différenciés, des lieux de confrontations symboliques où se discutent les problèmes publics, selon des règles de jeu prédéfinies⁶⁹. Ces *arènes* sont constituées pour la plupart par des organisations internationales où les acteurs gouvernementaux sont largement marginalisés, et cela pour deux raisons au moins:

- La première peut être posée en référence aux aspects financiers. Ainsi, selon la Banque Mondiale: "*One possible explanation for the weakness of the national governments' spending response to the epidemic might be the availability of international donor funding*"⁷⁰. En effet, ce retrait relatif de l'Etat peut se comprendre par le fait qu'au début de l'épidémie, il y a eu une forte solidarité et mobilisation internationales qui lui ont donné les moyens d'amorcer la lutte. Cela a eu pour conséquence que l'Etat s'est désengagé quelque peu.
- La deuxième tient au fait que l'Etat camerounais n'a peut-être pas pris le sida comme une priorité, et qu'il a mis du temps à reconnaître le problème OEV comme une priorité. Ce fait est à replacer dans un contexte politico sanitaire d'ensemble. Celui-ci est marqué, au milieu des années quatre-vingts, par une double contrainte : d'une part, la mise sous ajustement structurel des Etats qui affecte les budgets alloués aux secteurs sociaux, dont la santé ; et d'autre part la permanence et/ ou la résurgence de maladies aussi emblématiques que le paludisme et la tuberculose.

Le fait que cette politisation des OEV paraisse s'effectuer par le « haut » (international) n'empêche cependant pas une pression ou dynamique embryonnaire de se manifester par le « bas » (acteurs nationaux/locaux).

⁶⁹ Sophie Jacquot et al, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de science po, Paris, 2004

⁷⁰ Banque Mondiale, 1997 : 242-246.

2.1. Point de départ, les engagements mondiaux

Devant le nombre croissant des OEV, le gouvernement Camerounais a mis en place des cadres et des stratégies de prise en charge afin de rendre l'action efficace et cohérente. Ces cadres stratégiques découlent directement des directives internationales présentes dans les différents textes mondiaux conçus par les agences de l'ONU et signés par le gouvernement.

2.1.1. La campagne « unissons-nous pour les enfants, contre le sida » et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Le Cameroun a signé le texte relatif aux Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2000 et en 2005 à la Campagne mondiale lancée par l'Unicef « Unissons nous pour les enfants, contre le sida ». Le but de la campagne est d'attirer l'attention des gouvernements sur les promesses faites depuis l'Assemblée Générale extraordinaire de l'ONU sur le VIH/sida en 2001 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2000. Cette campagne est un appel à l'action pour une génération sans sida. Une partie importante de cette campagne implique l'engagement militant pour la réalisation de l'OMD 6 - à savoir *stopper et commencer à inverser la propagation du VIH et du sida d'ici à 2015*.

Cette campagne s'articule autour de quatre priorités, connues sous le nom des « Quatre P » : Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Procurer un traitement pédiatrique aux enfants, Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes, Protéger et soutenir les enfants touchés par le VIH/sida. L'analyse du Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV) montre que ces quatre indices sont fidèlement repris. Mais les chiffres révèlent que les efforts sont encore trop insuffisants pour atteindre les cibles fixées à l'horizon 2010.

Quand aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, ils promeuvent la réduction de la pauvreté, l'éducation, la santé des mères, l'égalité des sexes, et visent à lutter contre la mortalité infantile, le SIDA et d'autres maladies. L'objectif 4, en particulier, prévoit de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'objectif 2, celui d'assurer l'éducation primaire pour tous les

enfants, et l'Objectif 6 de faire cesser et de commencer à inverser la propagation du VIH/SIDA d'ici à 2015.

2.1.2. La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et le Cadre pour la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida en juin 2001, les dirigeants du monde ont adopté une série complète d'objectifs destinés à lutter contre la pandémie. Les États Membres des Nations Unies se sont engagés à mettre sur pied des stratégies nationales et des financements pour enrayer la propagation du VIH et les effets du sida. Ils ont aussi approuvé les objectifs suivants, assortis de délais : réduire l'incidence du VIH parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans de 25 pour cent d'ici à 2005 dans les pays les plus gravement touchés, et de 25 pour cent à l'échelle mondiale d'ici à 2010.

Faisant sienne les dispositions de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida signée en Juin 2001, le gouvernement du Cameroun a élaboré en 2006 un Plan Stratégique quinquennal multisectoriel de lutte contre le sida en vue de la réalisation des objectifs fixés pour 2010. Ce plan implique comme le recommande la Déclaration, une participation coordonnée de plusieurs structures ministérielles, des communautés locales et religieuses, et des ONG.

La lutte contre le sida est inscrite par le gouvernement depuis la signature de cet engagement au rang des grandes priorités dans la lutte contre la pauvreté. Des progrès assez significatifs ont été enregistrés depuis lors, notamment dans le secteur de la prévention (pilier essentiel de l'action gouvernementale), au niveau de l'accès universel aux services et aux soins (les ARV sont gratuits depuis 2007), dans le cadre du soutien aux OEV ainsi que d'un partenariat multiforme.

*Le Cadre pour la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA*⁷¹ auquel le Cameroun a adhéré en 2005 souligne cinq stratégies clés fournissant des directives utiles quant à la meilleure

⁷¹ Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA, Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale du SIDA, ONUSIDA, Genève, p. 509.

manière d'aborder le problème de vulnérabilités multiples auxquelles font face les enfants à savoir :

- Renforcer les capacités des familles à protéger et à élever les orphelins et les enfants vulnérables ;
- Mobiliser et soutenir les initiatives communautaires ;
- Garantir l'accès des orphelins et enfants vulnérables aux services essentiels : éducation, soins médicaux, inscription au registre de naissance et autres ;
- S'assurer que les gouvernements protègent les enfants les plus vulnérables ;
- Faire prendre conscience du problème à tous les niveaux grâce à la sensibilisation et à la mobilisation sociale.

2.1.3. La convention relative aux droits de l'enfant

La Convention relative aux droits de l'enfant est le premier instrument international ayant force de loi qui énonce toute la gamme des droits fondamentaux - civils, culturels, économiques, politiques et sociaux- des enfants dans le monde.

En 1989, les dirigeants mondiaux ont décidé que les enfants devaient avoir une Convention qui leur soit propre, parce que les personnes de moins de 18 ans ont souvent besoin d'une protection et de soins spéciaux distincts de ceux des adultes. Dans le contexte de l'épidémie du VIH/Sida, le droit à la santé occupe une place centrale. Cependant, le VIH/Sida a de telles répercussions sur la vie de tous les enfants qu'il peut toucher tous leurs droits : le droit à la vie, à la survie et au développement, le droit à la non-discrimination, à l'éducation, à l'épanouissement etc. Ces droits devraient par conséquent être des thèmes privilégiés dans l'examen des différents stades de prise en charge des OEV: prévention, traitements, soins et soutien.

Le Cameroun quant à lui a ratifié le 11 janvier 1993 la Convention des droits des enfants adoptée par l'assemblée des Nations unies en novembre 1989. Dans son préambule, cette Convention stipule que l'Etat a l'obligation de s'occuper de la protection et de tous les soins nécessaires à l'enfant y compris lorsque les parents et la famille en sont incapables. En participant en 2002 à la session extraordinaire de l'ONU consacrée aux enfants, et en adoptant le *Cadre*

pour la protection, le traitement et l'accompagnement des orphelins et autres enfants vulnérables vivant dans un monde marqué par le VIH et le SIDA au cours de l'année 2004, le Cameroun a réaffirmé sa volonté de s'engager aux côtés des enfants pour faire face au sida. Cependant l'application de cette convention demeure relativement faible, pour un certain nombre de raisons qui tiennent non seulement à l'insuffisance (ou l'absence) de dispositifs juridiques spécifiques pour les enfants, mais aussi à la réticence des juristes à défendre la cause des enfants.

Tous ces engagements mondiaux que le Cameroun a signés ont fortement influencé les politiques gouvernementales en matière de protection des OEV. Alors que la question ne se posait pas de manière spécifique depuis le début de l'épidémie, le tournant des années 2000 a été décisif, en partie grâce aux dynamiques internationales et à l'appropriation du discours sur les OEV par les acteurs nationaux, d'où la nécessité d'analyser les politiques publiques nationales du sida et de répondre aux questions posées plus haut.

C'est donc d'abord du côté des organisations internationales que le problème s'est défini, que les réponses ont été conçues, élaborées et/ou traitées, avant d'être généralisées et étendues par les autorités gouvernementales, soutenues et financées par leurs partenaires internationaux. En quels termes se traduira la mise en œuvre de cette politique publique « importée » et proposée par l'ONUSIDA à un Etat en situation de grande fragilité/instabilité économique ?

2.2. Le relais par les autorités gouvernementales

Au niveau national, la mise en œuvre des politiques publiques de lutte contre le sida dans son volet OEV témoigne de la réappropriation progressive, quoique parcellaire, de l'action internationale contre le sida⁷².

⁷²Dominique Kérouadan et Fred Eboko, *Politiques publiques du sida en Afrique*, Travaux et documents du CEAN, Science Po Bordeaux, N°61-62, 1999

2.2.1. Les Plans Stratégiques et Multisectoriels de Lutte contre le sida

Les Plans Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS) qui deviendront au début des années 2000, les Plans Multisectoriels de Lutte contre le Sida (PMLS) se sont constitués selon les modalités proposées par l’OMS et l’ONUSIDA. Un organe exécutif, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) était chargé de coordonner les actions sur le territoire national, en collaboration avec un organe consultatif.⁷³ Dans un premier temps, un plan d’évaluation rapide de la situation épidémiologique à court terme était mis en place, suivi d’un plan à moyen terme (PMT1). Ensuite, un second plan à moyen terme (PMT2) devait succéder au premier. Ces plans étaient étalés sur trois, quatre ou cinq ans. Les directives de Genève se sont accompagnées de moyens financiers, qui mettaient sous tutelle matérielle complète les services relatifs au sida⁷⁴. Les PNLS autant que les PMLS sont donc des structures verticales et standardisées, qui reprennent fidèlement les directives de l’OMS et de l’ONUSIDA.

Dans la logique des initiatives internationales mentionnées plus haut, l’Etat camerounais a dû adopter plusieurs stratégies interdépendantes dont les objectifs déclarés sont :

- réduire le nombre de nouvelles infections au sein de la population générale, avec des groupes cibles tels que les professionnelles du sexe, les transporteurs, les militaires... ;
- tendre vers l'accès universel aux traitements ;
- réduire l'impact global du VIH/ Sida sur les orphelins et enfants vulnérables.

La lutte contre le VIH/Sida au Cameroun est officiellement organisée suivant une « approche multisectorielle » et décentralisée. Cette organisation est faite dans l'esprit des trois principes de l’ONUSIDA : un cadre national commun de lutte contre le Sida au sein duquel s'intègre la coordination des activités de tous les

⁷³ Didier Fassin, La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique, *Sociétés d'Afrique et sida*, n°5, 1994

⁷⁴ Dominique Kérouadan et Fred Eboko, op cit

partenaires ; un organisme national commun de coordination de la riposte au sida à représentation large et multisectorielle ; un système commun de suivi et évaluation à l'échelon national⁷⁵.

C'est à l'issue d'une rencontre entre le gouvernement, la Banque Mondiale et l'ONUSIDA le 12 septembre 2000 au Palais des congrès de Yaoundé (nous y reviendrons dans la troisième partie de notre travail) qu'est né le PMLS. Le Cameroun, par la voie du CNLS et de son Premier Ministre à l'époque Peter Mafani Mussongué, y a présenté son « Plan stratégique d'urgence contre le sida ». Il s'agissait en fait d'une simple déclaration d'intention qui suffisait à la Banque Mondiale pour libérer des fonds. La Banque Mondiale et l'ONUSIDA accorderont ainsi au Cameroun un décaissement à moyen terme (sur 3 à 5 ans) de 50 milliards de francs CFA. Le remboursement des fonds devait s'étaler sur 40 ans et ne concernerait que 20% du crédit⁷⁶. Entre cette réunion et l'établissement de la créance accordée par l'ONUSIDA, le travail s'est poursuivi pour s'accorder avec les *desiderata* internationaux.

Six axes stratégiques sont ainsi définis par le PMLS 2006-2010. La lecture de ce document montre qu'il ne comporte aucune stratégie nouvelle par rapport à tous les plans précédents, notamment celui de 2001- 2005.

- Axe 1 : l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires ;
- Axe 2 : l'accès universel aux traitements et soins ;
- Axe 3 : la protection et le soutien aux OEV ;
- Axe 4 : l'appropriation de la lutte par les acteurs ;
- Axe 5 : la promotion de la recherche et la surveillance épidémiologique
- Axe 6 : le renforcement de la coordination, du partenariat et du suivi évaluation⁷⁷.

⁷⁵ Fred Eboko, La lutte contre le sida au Cameroun, op cit

⁷⁶ Banque Mondiale 2000 et *The choice*, Yaoundé, février-mars 2001 : 12.

⁷⁷ Ministère de la Santé publique, CNLS, PSNLS 2006-2010

2.2.2. Le Programme National de Soutien aux OEV

L'axe stratégique 3 a trait à la protection et au soutien aux OEV. En 2006, le ministère des Affaires sociales avec l'appui du CNLS a mis en place le Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV). Le PNS-OEV, troisième axe stratégique du PSLS 2006-2010, est une initiative du Gouvernement dont l'objectif général est l'amélioration de la prise en charge effective des Orphelins et des enfants dans le contexte du VIH/SIDA à l'échelle nationale avec l'appui du Fonds mondial sur la période 2006-2010. Ce programme est né après le colloque mondial sur l'enfance et le sida à Paris, colloque à l'issue duquel l'ONU invitait tous les pays à mettre en place des dispositifs spécifiquement destinés aux OEV. Bien entendu, des fonds seraient mis à disposition pour assurer le suivi et l'évaluation du programme⁷⁸. On comprend mieux pourquoi la réponse au niveau national s'est faite si tardive. Il a fallu attendre la pression des acteurs internationaux et des promesses de soutien financier pour que la question des OEV s'inscrive effectivement comme une priorité dans les politiques de lutte contre le sida au Cameroun. Mais n'est-ce pas compréhensible au regard de la situation financière et économique d'un Etat contraint par les institutions de Bretton woods à diminuer toujours plus son budget y compris en matière de santé ?

Les objectifs spécifiques du PNS-OEV sont :

- La mise en place d'une équipe chargée de la gestion du programme ;
- l'élaboration d'une base de données et d'informations utiles sur les OEV ;
- la mise en place d'un cadre d'écoute approprié pour les OEV ;
- l'identification des besoins psychoaffectifs, scolaires et/ou de formation, sanitaires, nutritionnels des OEV et l'apport des réponses conséquentes et adaptées.

Les principaux axes du programme sont :

- l'accès aux services sociaux de base par les OEV (santé, scolarité, nutrition et autres besoins matériels de base) ;
- l'encadrement psychosocial ;

⁷⁸ Actes du colloque « Enfance et sida. Faire reculer la maladie dans les pays en développement », 15 et 16 Juin 2006, Paris. www.colloque-enfance-sida.org

- la protection des droits des OEV;
- la lutte contre la stigmatisation ;
- la gestion et le suivi / évaluation du programme.

La mise en œuvre de ce programme est assurée par 42 ONG/Associations locales et internationales dans 70 sites d'intervention couvrant l'ensemble du territoire national. 30 000 OEV reçoivent des appuis sur le plan médical, éducationnel et/ou nutritionnel dans la cadre du PNS-OEV. D'autres partenaires tels que Plan Cameroun, CARE, Unicef interviennent dans le financement du soutien aux OEV⁷⁹. Ce programme national prévoit donc le renforcement des capacités des familles et des communautés, une meilleure couverture de la PTME, et surtout, un soutien médical et nutritionnel au plus grand nombre. Le volet protection juridique est aussi prévu, mais nous n'avons trouvé aucune donnée sur ce domaine, si ce n'est que des mesures sont en cours⁸⁰. Par ailleurs les capacités financières de ce programme sont très limitées : les moyens financiers alloués au PNS-OEV ne permettent de soutenir que 200 OEV par site d'intervention⁸¹.

La PTME

S'agissant de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, sa mise en œuvre se fait par une approche district avec l'intégration des services PTME dans le paquet minimum des activités de toutes les formations sanitaires. L'objectif du gouvernement est de passer à une échelle et de faire de la PTME, un service de base au même titre que la vaccination, avec l'offre des services PTME aux femmes enceintes dans près de 1500 formations sanitaires dans 166 districts de santé. Au cours de la période de janvier à septembre 2008, environ 139 562 femmes enceintes ont bénéficié du conseil dépistage du VIH (contre 96 907 la même période en 2007) et 9392 ont été dépistées séropositives au VIH, soit un taux de séropositivité de 6,7%. La faible fréquentation des formations sanitaires par les femmes enceintes dans le cadre de la Consultation prénatale limite l'utilisation des services PTME.⁸²

⁷⁹ CNLS, Rapport de Progrès n° 8 Septembre 2008

⁸⁰ Rapport UNGASS 2008, Cameroun

⁸¹ Unicef, Rapport de progrès 2007

⁸² CNLS Rapport de progrès op cit

Le renforcement des capacités des familles et des communautés

Le Cadre pour la protection, le traitement et l'accompagnement des orphelins et autres enfants vulnérables vivant dans un monde marqué par le VIH et le SIDA est un consensus inter institutions sur un cadre d'action mondial destiné à faire face au nombre croissant d'orphelins et enfants vulnérables. Il comporte cinq grands secteurs d'intervention au premier rang desquels se trouve le renforcement des capacités des familles et des communautés. Le PNS-OEV reprend à son compte cette intervention. Il s'agit pour le Minas en collaboration avec l'UNICEF et les autres ONG et associations, avec bien sûr le financement de la Banque Mondiale et de l'ONUSIDA, de renforcer la capacité qu'ont les familles de protéger et s'occuper des orphelins et enfants vulnérables en prolongeant la vie de leurs parents et en fournissant un soutien économique, psychosocial et autre. Cette action a pour but de bloquer et d'atténuer l'impact qu'a le SIDA sur les structures familiales et sur la capacité de prendre ces enfants en charge.

Comme près de 90 pour cent des orphelins sont pris en charge par leur famille élargie au Cameroun⁸³, le bien-être et la capacité de résistance de la famille sont une préoccupation centrale pour le PNS-OEV. Au nombre des interventions visant à renforcer les capacités des familles, on compte par exemple la prolongation de la vie des parents et des enfants infectés par le VIH, l'amélioration de la santé et de l'alimentation des jeunes enfants, l'amélioration de la situation économique (soutien aux activités génératrices de revenus), la prestation d'un soutien psychosocial, le développement des capacités de garde d'enfants, le soutien de la planification des successions, et le renforcement des capacités de survie des jeunes membres de la famille⁸⁴.

Le soutien nutritionnel et médical

En s'appuyant sur un réseau d'associations locales bien implantées dans trois grandes villes du pays, Douala (province littorale), Bamenda (province du

⁸³ Unicef, Les générations orphelines, op cit

⁸⁴ PNS-OEV 2007

Nord Ouest) et Ngaoundéré, les activités du gouvernement, en collaboration avec l'Unicef visent la prise en charge médicale, nutritionnelle et psychologique de plus de 100000 enfants identifiés comme les plus vulnérables.

Dans le cadre du programme PNS-OEV, les enfants reçoivent d'abord un ensemble de services essentiels pour leur santé (moustiquaire imprégnée, déparasitage, vaccination, doses de vitamine A) et pour leur protection (les associations s'assurent que les enfants sont bien enregistrés à l'état civil, afin, entre autre, qu'ils ne soient pas spoliés de leur héritage). Grâce au tissu d'associations engagées dans le programme, les enfants bénéficient de visites régulières de volontaires afin d'identifier les besoins, les situations les plus problématiques et d'aiguiller les enfants vers les services sociaux compétents. Ainsi, des accords ont été passés avec les centres de santé afin d'assurer un accès gratuit des orphelins et des enfants vulnérables aux soins et aux médicaments essentiels. Dans le même sens, des accords sont passés avec certaines écoles publiques pour scolariser à moindres frais les enfants coupés du système éducatif.

Les autorités gouvernementales qui implémentent les différentes directives internationales en sont donc très dépendantes, tant du point de vue de la définition des outils conceptuels que des aides financières. Il est possible que cette place marginale de l'Etat camerounais dans l'action publique internationale des OEV ait un impact négatif sur l'exécution effective des directives internationales. Néanmoins, qu'il s'agisse d'acteurs nationaux ou d'acteurs internationaux, il paraît certain que la prise de conscience de la question du sida chez les enfants est très tardive et encore embryonnaire.

Conclusion première partie

La gestion politique de la question du sida au Cameroun est très intéressante du point de vue de l'analyse des politiques publiques. Elle permet notamment de comprendre comment les dynamiques internationales en matière de sida agissent en différents pôles au niveau national. Bien que le continent africain soit indéniablement la région la plus éprouvée par le sida, l'action publique pour pallier les conséquences de ce choc épidémiologique renforcée par le risque d'une « crise du développement » semble inciter à repenser la place de l'Etat africain et singulièrement celle de l'Etat camerounais dans les processus de politiques publiques internationales de lutte contre le sida.

Les programmes de prise en charge des OEV principalement conçus de l'extérieur ou par des acteurs venus de l'extérieur se révèlent être sans réel impact sur l'action de terrain avec les principaux concernés. De ce fait, ils fournissent un cadre révélateur de la capacité très variable de régulation politique et sociale de l'Etat camerounais. Quelles relations s'établissent par exemple dans l'action publique des OEV entre l'Etat (ses institutions, ses dirigeants, et plus largement tous ceux qui se prévalent de sa légitimité ou de son autorité) dépendant de l'aide extérieure, et les groupes infiniment divers et variés qui interviennent dans la définition, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques ? Lorsque l'action collective et politique contre un problème donné est plus forte à l'extérieur de « l'espace en danger » qu'à l'intérieur, c'est toute la question de « gouverner les sociétés africaines »⁸⁵ qui se pose. C'est dans un tel contexte qu'il s'avère important d'étudier et d'analyser la place de l'Etat camerounais dans la définition des politiques publiques des OEV.

⁸⁵ Patrick Quantin, *Gouverner les sociétés africaines : acteurs et institutions* Karthala, Paris, 2005

2^{EME} PARTIE L'ETAT CAMEROUNAIS

DANS LES PROCESSUS D'ACTION

PUBLIQUE DES OEUV

Par rapport aux groupes sociaux qui ne partagent pas toujours la même conception d'un problème ni le même intérêt, encore moins des chances égales d'accéder aux lieux où se prennent les décisions, ni de peser réellement sur leur mise en œuvre, l'Etat serait « un », en dépit de la diversité de ses institutions et de ses dispositifs historiquement constitués ; il agirait au nom d'un intérêt supérieur, il définirait des objectifs communs, il serait fondé à imposer éventuellement par la force, des solutions relationnelles aux problèmes qu'il prend en charge. Contre cette vision de l'Etat, des sociologues se sont vigoureusement élevés. L'Etat n'est pas « un », il n'agit pas comme un acteur cohérent, capable d'imposer sa volonté. Les travaux sur la décision dans les organisations, dont les conclusions peuvent être appliquées aux institutions publiques montrent clairement que la *rationalité des acteurs est généralement limitée*⁸⁶. En effet, contrairement à ce que peut laisser penser le sens commun, l'Etat n'agit pas en fonction d'un intérêt clairement identifié et débouchant sur une stratégie parfaitement cohérente, ce qui ne signifie pas, pour autant, que son comportement est irrationnel⁸⁷.

L'Etat est multiple, son action résulte des initiatives, des activités éparées et parfois contradictoires de diverses institutions qu'opposent leurs intérêts, leur savoir-faire, leurs conceptions divergentes de la « bonne solution », leurs pratiques de gestion des décisions, les informations qu'ils reçoivent, les erreurs de fait. Aussi, quand une ligne générale d'action comme celle de la lutte contre le sida parvient à s'imposer à toutes les institutions (Minas, Minéduc, Minsanté), elle est le fruit des rapports de force entre composantes de l'Etat (gouvernants, élus, administrations, institutions spécialisées, cabinets ministériels), de compromis

⁸⁶ Gilles Massardier, Politique et actions publiques, Arman Colin, Paris, 2003

⁸⁷ Sophie Jacquot, Dictionnaire des politiques publiques, op cit.

laborieusement négociés entre leurs représentants et, au mieux, de l'acte d'autorité d'un acteur dominant qui met fin aux affrontements, au moins pour un temps⁸⁸.

1. Les dynamiques de l'action publique des OEV

La lutte contre l'épidémie du sida, au Cameroun comme en Afrique subsaharienne, fait intervenir une multitude d'acteurs, ressortissant au pôle étatique (PNLS), à la coopération internationale (organisations internationales, institutions financières, agences de coopération bilatérale), aux ONG du Nord, aux groupes dits communautaires (ONG et associations); elle met en relation des professionnels du monde médical et des associations locales de jeunes, de femmes, des groupements confessionnels, de plus en plus directement en relation avec le niveau international. Des campagnes de recensement d'enfants vulnérables sont lancées, les associations de protection et de soutien aux orphelins du sida se multiplient (du moins dans les grandes villes) et il apparaît à un observateur peu averti que la cause des OEV est vraiment une préoccupation nationale. Pourtant, en dépit du nombre et de la variété des acteurs impliqués, un sentiment demeure de non appropriation du "problème OEV" par les "communautés", d'absence de débat public sur la question.

La question du débat public peut être comprise à la lumière des discours non strictement techniques dans lesquels le problème du sida et le problème OEV sont évoqués. Tout d'abord, les techniciens, en particulier les médecins et les experts commis par les organisations internationales, ont un discours sur les valeurs et contextes nationaux dans lesquels le phénomène se développe. Les différents groupes sociaux ensuite qui se saisissent de la question construisent en parallèle un autre discours, qui même s'il n'est pas forcément divergent, s'y différencie quelque peu.

⁸⁸ Patrick Hassenteufel, Sociologie politique, op cit

C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre l'action publique des OEV au Cameroun. La constitution des OEV en problème public ne s'explique pas seulement par la seule analyse des jeux d'intérêts et des rapports de force. Une partie de la littérature sur la mise sur agenda a pour objectif d'identifier les principaux facteurs qui expliquent qu'un problème a des chances d'avoir une carrière publique. Hilgartner et Bosk⁸⁹ dressent ainsi le portrait du parfait problème social: "*The ideal-typical social problem claim asserts that a problem exists and is important, includes ideas of causal responsibility and normative (political and moral) responsibility, and process solutions to address the problem or redress the harm. A fully articulated claim will dramatize each of these points*".

Les propriétés intrinsèques d'un problème sont donc importantes et font partie des facteurs qui expliquent la transformation d'un simple problème en problème public. La question qui se pose est alors de savoir comment ces propriétés sont utilisées comme ressources par des acteurs qui cherchent à élargir l'audience d'un problème. De ce point de vue, la *frame analysis* ou le *framing* c'est-à-dire la catégorisation, la construction des « catégories de l'entendement », est particulièrement intéressante car elle renouvelle l'approche des croyances collectives à partir de l'analyse de la construction et de la diffusion des schèmes et représentations du monde (*frame* ou cadres d'interprétation).

L'analyse en termes de *frame*, vise donc à identifier des répertoires, des cadres de perception et de légitimité de la cause à suivre et la façon dont les acteurs sociaux mobilisent ces répertoires, les bricolent et les recombinent⁹⁰. Lorsqu'elles sont nombreuses, ces propriétés intrinsèques ou cadres peuvent diverger ou fusionner. Par exemple, l'approche dite multisectorielle en matière de prise en charge des OEV traduit en quelque sorte la difficulté à ne retenir qu'un cadre d'interprétation du problème. L'on a donc retenu ensemble plusieurs cadres d'interprétations.

⁸⁹ Cité par Pierre-Benoit Joly et Claire Marris, « Mise sur Agenda et controverses : Une approche comparée au cas des OGM en France et aux Etats-Unis », Colloque risques collectifs et situations de crise. Bilans et perspectives, Auditorium du CNRS, Paris, 7-8-9 février 2001.

⁹⁰ Gilles Massardier, Politiques et action publiques, Armand colin, Paris, 2003

1.1. Les cadres de l'action publique

Fondée sur une approche constructiviste de la réalité⁹¹, l'analyse des cadres d'interprétation considère le discours comme un langage à travers lequel les constructions symboliques deviennent réelles. Les acteurs utilisent ces constructions, fondées en grande partie sur leurs expériences passées, non seulement pour donner sens à la réalité, mais également et surtout pour l'orienter d'une certaine manière. Cette approche qui met l'accent sur la *fonction cognitive*⁹² de l'action publique, permet ainsi de mettre en évidence des mécanismes de construction et négociation de la réalité par différents acteurs, à travers des matériaux symboliques.

Elaborer une politique publique consiste donc d'abord à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on peut intervenir. « C'est en référence à cette image cognitive que les acteurs organisent leur perception du problème, confrontent leurs solutions et définissent leurs propositions d'action : cette vision du monde est le *référentiel* d'une politique »⁹³. Le référentiel correspond avant tout à une certaine vision de la place et du rôle du secteur concerné dans la société. Par exemple, les propositions que l'on pourra faire en matière de politique de la santé (les enfants infectés par le sida) dépendront de la représentation que l'on se fait du statut de la maladie dans la société, du statut des personnels chargés de mettre en œuvre les systèmes de soin, ou du statut de l'enfant.

Les cadres peuvent ainsi être définis comme un ensemble d'éléments interprétatifs, à la fois de nature cognitive (visant à dire comment est la réalité sociale), et normative (visant à dire comment elle devrait être), qui rend intelligible le phénomène décrit (ici, les OEV), en proposant *une* facette de la réalité sociale. L'ensemble de ces cadres d'interprétations agrégés constitue la *matrice*⁹⁴ du problème.

⁹¹ P. Berger et T. Luckman, op cit

⁹² Pierre Muller, op cit.

⁹³ Pierre Muller, op cit. p. 61

⁹⁴ **Matrice**, ensemble des cadres d'interprétation. Aurélie Latoures et Elise Demange, *L'Etat dans les processus d'action publique. Diversité de sens et élaboration des politiques de lutte contre les mutilations génitales féminines et le sida (Kenya, Mali, Ouganda)*, Cinquantenaire du CEAN, mars 2006.

La complexité du problème des OEV, et partant des modalités de conception et de prise en charge, expliquent en partie la dispersion qui caractérise l'action de l'Etat à différents niveaux. Nous avons dégagé quatre principaux nœuds interprétatifs que nous allons décrire avant de voir comment ils s'articulent. Ces différents cadrages faut-il le rappeler contribuent au façonnage de la cause, au périmétrage des « catégories de l'entendement ».

1.1.1. Le cadre « moral/culturel » et le cadre « santé »

Le cadre « moral/ culturel » propose d'interpréter la question des OEV en fonction des valeurs morales et/ ou culturelles. Il peut être interprété à un double niveau : humanitaire et communautaire. L'enfant est selon une conception commune un être faible qu'il faut protéger, soutenir, aider, nourrir, etc. La convention relative aux droits de l'enfant réaffirme cette conception dans son préambule : « Les Etats parties à la présente Convention, (...) Ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, «l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance (...) ». Le cadre humanitaire, présente les OEV comme une catégorie d'enfants à part qu'il faut spécifiquement prendre en compte. Cet argument contraste avec les images d'enfants affamés et émaciés dans des villages dévastés qu'affichant les campagnes des organismes caritatifs.

Dans la grande majorité des familles et des communautés où ces droits sont mal connus, l'enfant n'est cependant pas seulement cet être qu'il faut nourrir et protéger. Les enfants sont synonymes de richesse, et comme tels, sources de d'enrichissement et de prestige. C'est pourquoi personne ne se plaindrait avec vigueur de voir des enfants abandonner l'école pour se lancer dans des petites activités génératrices de revenus pour la famille. Que ses parents soient encore en

vie ou non, l'enfant en milieu africain, est redevable envers sa famille et sa communauté⁹⁵.

Le cadre culturel établit une relation entre les modalités d'expansion du sida et les pratiques culturelles des sociétés touchées. La prise en charge s'est construite en fonction du contexte culturel, favorisé par les perceptions et représentations du bien-être de l'enfant. L'UNICEF considère par exemple que les enfants doivent rester au sein de la famille élargie et de la communauté parce qu'ils ont plus de chance d'être mieux soutenus et mieux entretenus. Cette interprétation met en avant la culture comme facteur positif de la sécurité des enfants. En effet, dès sa conception, l'enfant appartient à la communauté.⁹⁶ Dans ce contexte, les parents biologiques n'ont pas de droit exclusif sur leurs enfants. Les membres de la famille sont autorisés à donner leur avis sur la vie des enfants. Par conséquent, en cas de décès des parents, ils sont les premiers remparts d'accueil et de sécurité des orphelins du sida. En Afrique, c'est cette croyance partagée qui a fourni aux organisations internationales surplombantes dans les politiques de lutte contre le sida, la « colle » de l'action publique des OEV.

Par ailleurs, certains arguments secondaires notamment religieux (l'amour du prochain, soutien aux plus faibles et aux plus démunis, etc.) justifient le soutien et l'accompagnement des OEV des initiatives caritatives catholiques et musulmanes qui accueillent les enfants défavorisés et particulièrement les orphelins.

Le cadre « santé » quant à lui repose sur des connaissances scientifiques et une conception du bien être (physique principalement) individuel. A travers cette lunette, les OEV sont considérés comme un problème de santé publique. Cette interprétation implique à la fois de prévenir et de soigner. Les enfants infectés ont un sérieux besoin de médicaments, au même titre que les adultes et cela dès la naissance pour éviter la croissance du taux de mortalité infantile et maternelle. Les femmes enceintes doivent systématiquement se faire dépister (le dépistage est gratuit au Cameroun pour les enfants et les femmes enceintes) et être suivies durant la grossesse, et même après l'accouchement. La prise en charge médicale

⁹⁵ Ferdinand Ezembé, *L'enfant africain et ses univers*, Karthala, Paris, 2003

⁹⁶ Idem

englobe le traitement des maladies opportunistes, le suivi thérapeutique et le traitement des effets secondaires. Pour les enfants affectés par le sida, la question est de prévenir l'infection à VIH/sida (éducation sexuelle en milieu jeune etc.), d'éviter l'appauvrissement des familles et sa conséquence en termes d'accès aux services de santé de base pour des maladies courantes comme le paludisme, l'amibiase, la fièvre typhoïde, les maladies causées par la malnutrition etc. Ces arguments sont étayés par des études et recherches (notamment menées par l'OMS et l'UNICEF), mettant en évidence l'impact du sida sur la santé des enfants.

La diffusion de ce savoir a participé à la production d'un discours biomédical relativement dominant dans les campagnes de soutien et d'assistance aux OEV. Au Cameroun, ce cadrage émerge dès le début de la campagne pour l'accès aux ARV. Cette interprétation de la maladie s'est aussi en partie construite en interaction avec le cadre social développement et le cadre droit.

1.1.2. Le cadre « social/développement » et le cadre « droit »

Le cadre « social » considère les OEV avant tout comme un problème social, il est rarement mobilisé seul et repose sur une représentation de la situation des enfants comme un problème dont les fondements sont essentiellement sociaux. En d'autres termes, la vulnérabilité des enfants est favorisée par des dynamiques et situations sociales contraignantes, en l'occurrence, la pauvreté, le manque de ressources, la crise alimentaire, l'accès aux services sociaux de base, à l'eau potable etc. Le sida est considéré comme un problème dépassant le seul domaine médical, et traversant tous les secteurs de la société. En inscrivant la lutte contre le sida dans les programmes de lutte contre la pauvreté on fait donc de cette question à la fois un enjeu social et un enjeu de développement.

Par ailleurs, certains engagements mondiaux signés en faveur des enfants sont soutenus par l'idée forte selon laquelle le développement commence par les enfants. Dans son dernier rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2008, l'UNICEF rappelle que les enfants, particulièrement les OEV, n'ont pas encore reçu l'attention nécessaire par les pouvoirs publics et que

cette insuffisance risque de compromettre les objectifs fixés à l'horizon 2015⁹⁷. La situation actuelle des orphelins du sida a une incidence directe sur cinq des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il s'agit de l'objectif 1, 3, 4 5, et 6, Respectivement les objectifs relatifs à la réduction de la pauvreté, à l'éducation primaire pour tous, à la réduction de la mortalité infantile, à l'amélioration de la santé maternelle et à la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

En outre et avec l'appui des organisations humanitaires et des associations, le rapport promeut d'appréhender l'action publique en faveur de ces enfants dans l'esprit du droit des enfants, i.e. droit à la santé, à l'instruction, à une alimentation saine etc. Cela contribuerait à réduire les facteurs de vulnérabilité. Cette approche en termes de droits de l'enfant n'est cependant pas une idée extérieure au milieu africain. La société camerounaise reconnaît à l'enfant le droit d'être logé, nourri, habillé, instruit, etc. La différence avec les sociétés occidentales vient de la conception de la socialisation et de la formation de la personnalité⁹⁸. Au Cameroun, ces droits sont encore insuffisamment appliqués. Les directives internationales sont plus ou moins plagiées demeurant purement formelles parce que ne comportant aucun dispositif institutionnel d'application de ces droits⁹⁹.

1.2. Les rapports entre les différents cadres d'interprétation

Certains cadres, on va le voir, se sont construits en partie en opposition les uns avec les autres, alors que certains présenteraient quelques affinités, comme c'est par exemple le cas du cadre social avec le cadre santé.

1.2.1. La dimension conflictuelle des *matrices*

Dans le cas des OEV, la matrice du problème, c'est-à-dire l'ensemble des cadres d'interprétation, possède une dimension conflictuelle. Les tensions qui

⁹⁷ UNICEF, Rapport mondial sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2008

⁹⁸ Ferdinand Ezembe, op cit.

⁹⁹ Ligue Camerounaise des droits de l'homme pour la défense des libertés fondamentales et u pluralisme. http://africa.smol.org/files/lcdh/lcdh_40.pdf

animent cette matrice reposent d'une part sur le fait que les cadres qui la composent peuvent s'appuyer sur des interprétations incompatibles du problème ; mais aussi, dépendre des rapports de force entre les acteurs en présence qui vont participer du renforcement ou de l'affaiblissement de certains des cadres.

Ainsi, l'interprétation morale de la prise en charge des OEV pourrait bien en partie s'avérer incompatible avec les cadrages santé publique et développement qui impliquent avant tout prévenir, soigner et protéger. Mobilisée surtout par les acteurs religieux et/ou communautaires qui ne s'opposent pas tant que ça au fait qu'un enfant puisse travailler pour aider la famille, voire même abandonner l'école pour s'occuper de la maison, des frères et sœurs, des parents malades etc., cette représentation morale et/ ou culturelle diverge avec l'idée selon laquelle le développement commence par les enfants et qu'il est du devoir des parents, de la communauté et des autorités publiques de tout mettre en œuvre pour assurer le plein épanouissement de l'enfant.

Le cadre culturel qu'il est difficile de dissocier du cadre moral dans le contexte camerounais pourrait aussi entrer en conflit avec le cadre droit. Car en effet, comme l'a si bien démontré le sociologue de l'enfance en Afrique Ferdinand Ezembé, même si on leur reconnaît des droits, les enfants restent sous l'autorité et le contrôle des aînés qui savent mieux qu'eux ce qui est bon pour eux.¹⁰⁰. Par conséquent c'est la famille qui décide de tout, et très souvent les pouvoirs publics assistent dans un silence coupable à la maltraitance des enfants et à leur exploitation. Ainsi, les parents ou tuteurs peuvent décider de ne plus inscrire leurs enfants à l'école, ou de n'inscrire que les garçons et faire travailler les filles etc. et juridiquement aucun texte au Cameroun n'a de réelle valeur contraignante pour les tuteurs qui n'envoient pas les enfants à l'école. Or la convention relative aux droits de l'enfant que le Cameroun a signé en 1993 reconnaît à tous les enfants, filles comme garçons le droit à l'éducation. Mais d'un point de vue culturel, cela ne pose a priori aucun souci. On a la confirmation avec une enquête de l'UNICEF datant de 2006 dont les résultats ont montré que les taux de scolarisation des orphelins étaient très inférieurs à ceux des non orphelins¹⁰¹.

¹⁰⁰ Ferdinand Ezembé, 2003, op cit.

¹⁰¹ UNICEF 2006 a

Dire que la vulnérabilité des enfants est un problème public, c'est en même temps désigner ceux qui auront autorité pour agir, en l'occurrence l'Etat, les ONG et associations locales, et privilégier des actions comme le renforcement des capacités des familles et des communautés, la création d'espaces de prise en charge globale etc. La manière dont le problème est posé, peut donc disqualifier indirectement certains cadres, dont la participation ne semble plus nécessaire, on pense ici au cadre moral disqualifié au profit de cadres plus objectifs à savoir les cadres santé, droit et développement très nettement visibles dans la présentation du PNS-OEV (tableau2). Ce qui nous permet de conclure que dès lors qu'un problème cesse de relever d'un ordre purement moral et/ou culturel, il rentre ainsi dans le champ de l'action publique.

1.2.2. La dimension complémentaire des *matrices*

Le cadre santé publique et le cadre social, mobilisés par des acteurs du même type sont plutôt concordants. Celui de la santé publique cherche à élargir au maximum la couverture médicale et nutritionnelle à tous les enfants infectés, tandis que le cadre social cherche à réduire les facteurs de vulnérabilité des enfants en tentant d'améliorer leur environnement et leurs conditions de vie. C'est ainsi que sur la question des OEV, en plus du Minas acteur de la première heure, se sont joints le Minéduc, le Ministère de la jeunesse, le Ministère de la condition féminine entre autres. En outre, selon le rapport UNGASS 2008, 52 ONG et associations ont été recrutées sur l'ensemble du territoire national et apportent un soutien holistique aux OEV. Le gouvernement s'appuie donc considérablement sur ces ONG et associations pour recenser les OEV et soutenir leurs initiatives sur le plan de l'assistance médicale, nutritionnelle, juridique (établissement d'actes de naissance), voire éducationnelle (distribution de fournitures scolaires : vêtements, cahiers, sacs, stylos etc.).

Qu'ils soient plutôt à tendance médical, psychologique, juridique, éducationnel etc. les différents plans de soutien aux OEV se construisent en grande partie sur les cadres santé publique, social, développement, droit etc. Tous ces acteurs sont relativement d'accord sur la logique de soutien à apporter aux enfants.

La prise en charge s'en trouve d'autant plus renforcée. Mais un problème se pose en termes de couverture du territoire, et aussi en termes de compétences et de nature des projets conduits. Aussi peut-on dire que le « sens » attribué à une politique résulte du codage des problèmes pris en charge par telle ou telle institution, par tel ou tel groupe d'agents publics, des règles et des procédures mises en œuvre de ce fait, et des significations données aux actions engagées par l'évocation de valeurs collectives dont l'Etat se présente comme garant. En effet, vu l'hétérogénéité des *matrices*, c'est à l'Etat que revient la charge de guider et d'orienter la coopération entre les multiples acteurs de l'action publique des OEV. Il est en quelque sorte, un « facilitateur » de l'action publique. Sa tâche est de « définir la situation », d'identifier les « principaux intéressés », et d'établir entre eux des « relations efficaces » afin de coordonner leurs actes et pratiques et de parvenir à des résultats.¹⁰²

Il convient maintenant de nous interroger sur les enjeux de ces cadres d'interprétation, afin de tenter de saisir si et comment l'action publique peut naître dans une telle multiplicité et complexité d'acteurs et de sens.

2. Rapports de force et négociations entre les acteurs

De la définition d'un problème public à la mise en œuvre d'une politique, des intérêts multiples s'expriment, engageant à la fois des représentations du problème et l'attachement des groupes concernés à certaines conduites d'action.

Les rapports de force entre groupes sociaux et entre institutions portent alors sur la façon de présenter le problème, sur la désignation des acteurs concernés, sur les conduites à adopter pour le résoudre.

¹⁰² Gilles Massardier, 2003, op cit.

2.1. Les politiques publiques comme configuration d'acteurs

La construction des OEV en problème public, jusqu'à la mise en œuvre de solutions pour le résoudre est indissociable des jeux d'intérêts constitués et des rapports de force qui se jouent entre acteurs sur le territoire camerounais.

2.1.1. De la prise en charge d'un problème à la mise en œuvre d'une politique publique

Malgré la précocité de la réponse camerounaise face au sida (mise en place d'un comité de suivi au Ministère de la santé publique en 1985 avant même le premier diagnostic du sida sur le territoire), l'importance reconnue au problème OEV et l'urgence d'établir un programme de prise en charge afin d'atténuer ses effets sur les enfants résultent des mobilisations de différentes agences de l'ONU, en l'occurrence l'UNICEF. Cette organisation a réussi à imposer l'idée que les enfants étaient la *face cachée* de l'épidémie et une menace pour les jeunes générations d'Afrique, dans la mesure où une sous estimation de cet enjeu risquerait de compromettre sérieusement les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Elle est donc parvenue à faire accepter une définition du problème et des mesures à prendre qui contraignent les gouvernements à intervenir (la Campagne Unissons-nous pour les enfants contre le sida, le Cadre pour la prise en charge des enfants vulnérables à cause du sida).

Dans un tel contexte, il n'y a pas forcément lieu de distinguer des étapes successives ou « séquences » pour comprendre l'émergence des politiques publiques des OEV au Cameroun à savoir identification du problème à traiter et définition de sa nature (problématisation), formulation d'une solution ou d'une action, prise de la décision, application de la décision ou implémentation, évaluation des résultats et terminaison¹⁰³. Cette grille d'analyse (grille séquentielle) a certes le mérite d'embrasser de manière cohérente les multiples facettes de l'action publique, mais elle a l'inconvénient majeur de dissocier des

phases qui, en général, sont logiquement inséparables. Problématiser une question (ici les OEV), ce n'est pas seulement dire ce qu'elle est, mais « dire aussi qui est appelé à intervenir, de quelle manière et avec quels moyens »¹⁰⁴. Finalement donc, la problématisation est difficilement dissociable de la prise de décision voir même de son exécution.

La réussite des mobilisations autour de l'enjeu OEV paraît dans les conditions citées plus haut résulter de la capacité de certains acteurs à enrôler d'autres acteurs, à les faire en quelque sorte entrer dans le jeu, et imposer ainsi une coalition qui impose l'inscription du problème à traiter sur l'agenda du gouvernement, des institutions publiques et des organisations communautaires.

2.1.2. Effets et significations : les OEV comme construit social

Lorsque l'on veut comprendre les processus qui conduisent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique publique, il est essentiel d'avoir en mémoire le fait qu'une politique publique n'est pas un processus de décision abstrait dont on pourrait saisir le sens « de l'extérieur » en se limitant, par exemple à identifier les déterminants structurels ou les contraintes (économiques ou historiques) qui pèsent sur elle. Il est donc indispensable « d'ouvrir la boîte noire », ce qui signifie identifier les acteurs qui participent au *policy making* pour analyser leurs stratégies et comprendre les ressorts de leurs comportements.¹⁰⁵

En effet les objectifs relatifs à l'accès aux soins, à l'éducation, au bien-être nutritionnel et familial, les stratégies à mettre en œuvre et l'implication d'acteurs différents en matière de prise en charge des OEV au Cameroun correspondent à la définition des processus qui composent une politique publique, tant sur le plan politique (rôle de protection de l'Etat), sur le plan stratégique (processus de formulation et de légitimation), que sur le plan sociologique (médiations instituées entre groupes sociaux, légitimation d'un discours scientifique et moral, etc.)¹⁰⁶.

¹⁰³ Jones, O. Charles, *An introduction to the Study of Public Policies*, Belmont, Duxbury Press, 1970.

¹⁰⁴ Gilles Massardier, *Politiques et action publiques*, op cit

¹⁰⁵ Pierre Muller, op cit, p. 34

¹⁰⁶ Yves Meny et Jean-Claude Thoenig, *Politiques publiques*, Paris, PUF, 1989

La question centrale est de savoir par quels mécanismes la question des OEV est devenue politique, ou plus exactement par quels canaux elle a fait l'objet d'une action publique particulière de la part de l'Etat camerounais. Or vu l'appréhension de cette question, cela signifie qu'elle est d'abord et nécessairement, comme tout problème public, un *construit* social dont la configuration dépendra de multiples facteurs et surtout des acteurs. Et en matière d'acteurs, la question des OEV en mobilise plus d'un.

Les groupes organisés qui se saisissent d'une question contribuent fortement à définir ce que sont les politiques publiques. Ils sont d'une certaine manière, les *coproducteurs de l'action publique*, celle qui est généralement attribuée à « l'Etat en action ». Par eux, les « intérêts pratiques » deviennent en quelque sorte des actes de gouvernement. Autrement dit, les intérêts et les objectifs véhiculés par les porte-parole de ces groupes sont présents tout au long des interactions qui produisent la représentation du problème à traiter (« voilà en quoi consiste le problème...»), la désignation des publics concernés (« voilà qui doit bénéficier des mesures prises...»), le choix des moyens et des actions à entreprendre (« voilà comment il faut agir... »), et jusqu'à la forme qui doit être donnée aux décisions (« le gouvernement devra sortir un décret... »). « *Dans certains cas, la politique élaborée et mise en œuvre ne fait même que reprendre et officialiser un projet d'action conçu et formulé par un groupe organisé, ou un ensemble de groupes coalisés* »¹⁰⁷. Telle est la situation en ce qui concerne la question des OEV au Cameroun. Les acteurs nationaux ne font que reprendre les directives formulées par l'ONUSIDA et l'UNICEF. Ces acteurs internationaux ont activement orienté la représentation du problème, et continuent d'imprimer leur vision sur les programmes de protection et de soutien, notamment à travers les financements qu'ils octroient et les formations qu'ils organisent.

Sur le terrain, certains groupes sociaux composés principalement d'ONG et des associations de lutte contre le sida produisent et négocient le référentiel sectoriel à savoir les représentations non seulement du problème, mais aussi les recours et les ressources disponibles pour y faire face.

¹⁰⁷ Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, A. Colin, Paris, 2008

La transformation d'un problème en objet d'intervention est donc toujours le produit d'un travail spécifique réalisé par des acteurs politiques qui peuvent être issus du syndicalisme, de la politique, du monde associatif ou de groupes créés pour la circonstance. C'est dans cette logique qu'il est utile d'interroger les acteurs en œuvre au Cameroun (ressortissants du pôle étatique, des Organisations internationales, des ONG internationales et locales etc.), afin de déterminer qui fait quoi exactement et dans quel intérêt. Et comme l'affirme Pierre Muller, « *Pour comprendre l'émergence d'une politique publique, il faudra donc commencer par identifier ces différents acteurs et comprendre les relations les unissant* »¹⁰⁸.

2.2. L'Etat camerounais, un acteur comme les autres

Il s'agit dans la question qui nous intéresse à savoir la constitution du problème OEV, de comprendre comment la construction de cet enjeu au niveau international agit en différents pôles au niveau national dont il est question de déterminer la place, les stratégies et les tactiques : l'Etat, les agences de coopération, les ONG nationales et internationales, les réseaux transnationaux, les associations. Dans le champ de lutte contre le sida au Cameroun et particulièrement celui de la prise en charge des OEV, l'Etat camerounais qui généralement prend une forme centralisée, se heurte donc au pluralisme des réseaux associatifs nationaux et internationaux qui ont investi le champ de lutte contre le sida et se posent même en concurrents dans l'accès aux financements internationaux. L'examen des dispositifs organisationnels et des moyens et stratégies mis en œuvre font de ce fait apparaître l'Etat comme un acteur parmi tant d'autres, loin d'être surplombant, devant sans cesse composer avec ses propres contraintes internes et les contraintes que soulève une action publique multiple et complexe.

¹⁰⁸ Pierre Muller, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 2008, P. 32

2.2.1. Des Organisations Internationales au premier rang

L'externalité de la conception de la lutte institutionnelle contre le sida et son corollaire la prise en charge des OEV, inspirée et proposée par les grandes organisations internationales, est révélateur du rôle de ces dernières dans la construction des OEV comme « fait social », c'est-à-dire comme un fait qui s'impose à l'ensemble du corps social, voire à chaque conscience.¹⁰⁹

L'implication de l'ONUSIDA (installation d'un représentant permanent à Yaoundé en 2000), la pression des institutions de Bretton Woods (PAS, PPTE) et de manière plus générale le contexte international du début des années 2000 (initiative PPTE) ont pesé d'un poids décisif sur la lutte contre le sida au Cameroun. Le PNLS est devenu PMLS, sous la pression de « l'urgence » imposée par les bailleurs de fonds. En échange, les Plans Stratégiques avec le PNS-OEV comme déclinaison reçoivent des aides substantielles. Le travail des partenaires internationaux -y compris des ONG- et la faiblesse de l'Etat en proie aux restructurations de tous ordres ont conféré au territoire camerounais un paysage d'actions dans lequel ils jouissent d'une très grande autonomie. Le territoire camerounais est ainsi soumis à une répartition inégale de l'action contre le sida, suivant les intérêts des agences de coopération bi et multilatérales, sans lien manifeste avec les dynamiques épidémiologiques connues¹¹⁰.

Les organisations internationales sont des acteurs surplombant dans la lutte contre le sida. Ce sont elles qui abreuvent les acteurs locaux de chiffres, d'informations et de formations comme si l'expertise des associations locales en la matière ne méritait pas d'échanges plus équilibrés. Deux raisons peuvent être avancées pour expliquer cet état de fait : l'inégalité structurelle de la diffusion des savoirs et de l'information, et l'importance (légitime ?) qui est donnée aux carences de la lutte contre le sida en Afrique. Cela révèle aussi une absence de leadership politique sur la question¹¹¹. La lutte contre le sida a besoin d'être incarnée par des visages et des personnalités à travers lesquels les camerounais

¹⁰⁹ Peter Berger et Thomas Luckman, *La construction sociale de la réalité*, A. Colin, Paris, 2006

¹¹⁰ Fred Eboko, *La lutte contre le sida au Cameroun*, op cit.

¹¹¹ Fred Eboko, op cit

reconnaissent leurs aspirations. Or que ce soit au sujet de la lutte contre le sida ou de la prise en charge des OEV, le silence du politique (sa faiblesse aussi) justifie la prééminence des organisations internationales.

Dans le cadre de *l'approche multisectorielle* de lutte contre le sida, l'ONUSIDA concentre la majorité de l'aide internationale. Chaque projet mené par le CNLS doit s'accompagner de la signature UNAIDS-CNLS assortie à chaque fois de celle de l'agence particulière de l'ONUSIDA à l'origine d'une action particulière, leur apportant ainsi un certain crédit, comme par exemple l'UNICEF ou l'OMS ou un des co parrainants de la lutte contre le sida¹¹². Difficile dès lors de savoir de qui provient l'initiative et ce que coordonne le CNLS. Dans un tel contexte, il n'est pas hasardeux de dire que le CNLS a plus épousé une dynamique multiforme qu'il ne l'a initiée¹¹³, dans un champ où les partenaires internationaux sont nombreux, des organes de l'ONU (ONUSIDA, UNICEF, OMS, FNUAP etc.), aux agences de coopération bilatérale et multilatérale (Coopération Française, GTZ, UE), aux ONG et associations humanitaires internationales (CARE, Plan) etc.

Une des premières remarques qu'inspirent les OEV au Cameroun est la relative absence, jusqu'au tournant des années 2000, de groupes sociaux organisés sur lesquels s'appuie et desquels s'inspire une politique publique, de sorte que l'action publique des OEV est née davantage d'une « offre » institutionnelle, commanditée de l'extérieur, que de négociations sociales internes. Le poids des mutations socio-économiques profondes impulsées par les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) et l'initiative PPTE conduites par le FMI et la Banque Mondiale sur la base de l'incapacité de l'Etat camerounais à faire face à ses compétences, couplé à l'inertie du politique en matière de sida expliqueraient sans doute la passivité de l'Etat camerounais dans la construction des OEV en problème public.

¹¹² Fred Eboko et Camille Renaudin, La lutte contre le sida au Cameroun. Collusion entre les dynamiques internationales et les dynamiques internes de l'Etat,

¹¹³ Le sida en général et celui des enfants en particulier mettent à nu des enjeux sociopolitiques qui convoquent la relative faiblesse de régulation des Etats africains. Un défi international de plus qui montre la marginalisation du continent africain et donne l'impression qu'il s'agit d'une question « occidental-centrée » dont ils ne sont que les relais.

2.2.2. L'importance des réseaux et communautés de politiques publiques

L'analyse en termes de réseaux d'action publique, de forums et de communautés de politique publique dans le contexte de la lutte contre le sida au Cameroun permet de rendre compte de la diversité des situations observées et de la diversité des acteurs impliqués. Selon P. Le Galès et M. Thatcher (dir.), « *les réseaux sont le résultat de la coopération plus ou moins stable, non hiérarchique, entre des organisations qui se connaissent et se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent partager des normes et des intérêts* »¹¹⁴. Quand aux forums et communautés de politiques publiques, ils renvoient à la « *conduite des débats et des controverses dans les divers réseaux de politiques publiques* ». C'est le lieu où se fabriquent les « recettes » à partir desquels vont être mis en place les programmes concrets d'action publique¹¹⁵.

L'inscription de la question des OEV au rang des axes prioritaires dans la lutte contre le sida au Cameroun peut être imputable à l'action continue de l'UNICEF, des associations de personnes vivant avec le VIH, des professionnels de la santé et de certaines agences de coopération, mais plus fondamentalement des bailleurs de fonds qui fixent les objectifs et donnent des orientations. Dans un contexte d'Etat sous tutelle des bailleurs de fonds et sous dépendance financière des agences de coopération internationales, les capacités de l'Etat sont affaiblies par le fait que depuis les dynamiques de l'ajustement structurel, les capacités matérielles, les capacités logistiques sont extrêmement limitées. Ces limites gênent les processus qui consistent à identifier les besoins des populations et à y répondre. On assiste en effet au Cameroun à une « décentralisation par défaut » (un transfert) de compétences sectorielles de l'Etat, qu'il ne peut assumer seul, (ici santé/sida, nutrition, soins médicaux, éducation/scolarisation, etc.) vers les agences de coopération et les ONG internationales et nationales. Ces « carences » de l'Etat permettent à ces acteurs d'initier leurs actions où elles le souhaitent, et de façon relativement autonome. Le territoire camerounais est ainsi soumis à une répartition

¹¹⁴ Peter le Galès, M. Thatcher (dir.), *Les réseaux de politique publique. Débats autour des policy networks*, Paris, L'Harmattan, 1995.

¹¹⁵ Pierre Muller, op cit. P 52

inégale de l'action. Les ONG, les partenaires et les agences de coopération initient leurs actions où et avec qui ils le souhaitent, sans lien manifeste avec les dynamiques épidémiologiques connues, et souvent avec des relais peu connus des autorités gouvernementales. De fait les villes comme Douala, Yaoundé sont les plus desservies en matière d'offre de soins, contrairement aux autres villes.

Cette facilité et autonomie des réseaux d'actions internationales sur le sida encore une fois fait que l'action publique des OEV est plus le fait d'une offre sociale « d'intervention » définie par les acteurs internationaux, que d'une véritable demande sociale¹¹⁶. Cela confirme l'idée couramment répandue selon laquelle l'offre l'emporte sur la demande dans les sociétés projetées. Néanmoins, cela ne signifie pas que les acteurs qui subissent l'offre sont dénués d'autonomie et passifs. Bien au contraire, les initiatives quotidiennes des associations locales témoignent d'un dynamisme certain de l'intérieur, et d'une réappropriation progressive et active de cet enjeu. Que ce soit l'Etat ou les ONG et associations locales, chacun de ces acteurs de la prise en charge est capable de mettre en place des stratégies pouvant lui permettre de s'attirer les bonnes grâces de l'aide internationale, sachant que les petites associations peuvent être manipulées par le gouvernement ou les grandes organisations pour disqualifier les plus fortes.

Alors que la prise en charge des OEV intégrée dans la lutte institutionnelle contre le sida et marquée par la verticalité des directives internationales se décentralise¹¹⁷, elle reste toujours marquée par une forte centralisation de ses actions et de ses acteurs sur Yaoundé la capitale, et dans une moindre mesure, Douala.¹¹⁸ Par ailleurs, les organismes étrangers, bénéficiant de la relative autonomie que leur confère une conjoncture économique et administrative d'un Etat rétracté en son centre, s'installent sur le territoire là où ils le souhaitent (même si la tendance actuelle est au « déconcentration »¹¹⁹).

Nous savons qu'ils sont nombreux les acteurs qui s'occupent des personnes vivant avec le VIH/sida et des orphelins et enfants vulnérables du fait du sida. Qu'il s'agisse des acteurs gouvernementaux (départements ministériels tels que le

¹¹⁶ Il n'y a jamais eu de manifestations en faveur des OEV. L'essentiel des mobilisations concernait l'accès aux traitements.

¹¹⁷ PSL 2006-2010

¹¹⁸ Fred Eboko et Camille Renaudin, op cit

¹¹⁹ Fred Eboko, op cit

Minas, Minéducat, Minsanté etc.), des organisations internationales (UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, PNUD) ou des ONG internationales (CARE, Plan), ou nationales (Synergies africaines, SUNAIDS, KidAids, etc.) ou encore des partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale (UE, GTZ, Coopération Française), un problème se pose en termes de couverture du territoire, mais aussi en termes de compétences et de nature des projets conduits.

L'existence d'un secteur associatif relativement autonome par rapport à l'État, la multiplicité d'arènes publiques autonomes accessibles à tous les citoyens et ouvertes à la délibération publique au sein desquelles les associations régulent les activités de leurs membres (bien que soutenues et /ou financées par les Organisations internationales et les grandes ONG) témoignent de l'émergence d'une société civile –crédo des bailleurs de fonds et des organismes multilatéraux– qui doit se substituer aux lacunes des organes institutionnels nationaux. On assiste à une véritable « division du travail social international »¹²⁰ qui pourrait prendre la forme d'une chaîne de sous-traitance : l'État déléguant ses compétences aux agences de coopération, qui les délèguent ensuite aux ONG, puis aux associations... La prétention unitaire et centralisatrice de l'État se heurte donc à une pluralité d'acteurs travaillant dans des espaces plus ou moins autonomes. Cette pluralité de dispositifs institutionnels pose la question de leur articulation, de leur « enchâssement » les unes dans les autres, car en effet, les échanges entre institutions, (qu'il s'agisse de groupes, de professionnels, d'organisations, de secteurs d'activité etc.) ont des effets sur chacune d'elles, et impriment la nature des politiques publiques des OEV.

3. « L'approche multisectorielle » et ses enjeux

Avant d'étudier de front les enjeux de « l'approche multisectorielle », il importe de cerner les secteurs qui y participent. Plus exactement, il importe d'identifier et d'analyser les communautés sectorielles qui se sont forgées autour

¹²⁰ Expression empruntée à Fred Eboko, *Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun. Politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Thèse de doctorat : science politique, Centre d'Etudes d'Afrique Noire, IEP Bordeaux, Univ Montesquieu Bordeaux 4, 2002, p 235

des politiques publiques des OEV. Pour ce fait, nous allons identifier dans un premier temps les membres de ces communautés et leurs ressources politiques respectives, leurs rôles au sein de chaque communauté, leurs liens d'interdépendance avec d'autres membres de la communauté. Dans un second temps, il s'agira d'étudier les processus d'interaction entre secteurs, et enfin les acteurs de la médiation.

3.1.1. L'analyse des communautés sectorielles et/ou des « univers institutionnels »

Pierre Muller définit le secteur comme *une structuration verticale de rôles sociaux qui définit des règles de fonctionnement, de sélection des élites, d'élaboration de normes et de valeurs spécifiques, de fixations de frontières* etc.¹²¹. Si on applique ce raisonnement à notre sujet, on se heurte à un premier problème : comment isoler un secteur de la prise en charge des OEV ? En effet, selon l'angle avec lequel on aborde la question des OEV, des secteurs (organisationnels) différents sont concernés. Par exemple, le soutien et la protection aux OEV a d'abord été abordé d'un point de vue sanitaire : on pourrait dès lors considérer cette question comme une politique de santé. Pourtant, le sida menace non seulement la survie des enfants, mais compromet aussi leurs chances d'éducation, d'épanouissement et d'insertion dans la vie. Dès lors, le soutien et la protection aux OEV peut s'envisager autant d'un point de vue sanitaire que d'un point de vue éducationnel, psychologique, juridique voir économique etc.

Dans le champ qui nous intéresse, on peut supposer qu'il y a deux types de communautés sectorielles :

- La communauté d'acteurs impliqués dans les programmes de lutte contre le sida en général ou communauté thématique¹²². Elle est composée de plusieurs types d'acteurs aux logiques hétérogènes qui partagent un enjeu, un intérêt à s'investir. Les interactions entre eux sont souvent limitées « aux problèmes » ou aux « questions posées » (tableau 3, les co parrainants). Cette communauté n'est pas purement sectorielle à proprement parler, mais

¹²¹ Pierre Muller, op cit. p. 19

¹²² Gilles Massardier, Politiques et action publiques, Armand colin, Paris, 2003

il est probable qu'elle possède un grand nombre de caractéristiques d'un secteur (un ensemble d'acteurs possédant des ressources et portant des intérêts spécifiques ; une dimension cognitive exprimant la vision dominante du « problème public » ; des instruments d'action publique qui donnent de la consistance aux relations entre les acteurs c'est-à-dire un cadre normatif¹²³).

- Les communautés épistémiques où les membres partagent un sens cognitif, une « raison pour agir ». Elles font référence à un groupe d'acteurs qui partagent la même vue d'ensemble (ou *épistémè*) et en particulier sur quatre aspects : croyances partagées sur des principes, sur des causalités, sur les tests de validité de leur savoir et partage d'une stratégie d'entrepreneuriat politique¹²⁴.

Ces communautés sont à analyser au niveau international et au niveau national.

Au niveau national

Au Cameroun, le caractère multisectoriel de la lutte contre le sida qui s'ouvre aux différents acteurs, la complexification des jeux et la fluidité des règles d'action collective rendent plus incertaines les frontières entre organisations, entre acteurs publics et privés, entre l'Etat et les acteurs internationaux et non gouvernementaux. Il est difficile par exemple de déterminer quels fonds attribuer exactement à la prise en charge des OEV parce que les acteurs sont nombreux, leurs actions éparses et certaines associations ou ONG ne font même pas appel au gouvernement. Les organisations internationales s'installent où elles veulent et couvrent inégalement le territoire. Bien sûr le programme de soutien aux OEV fixe des principes, et les moyens d'atteindre ses objectifs. Mais sa mise en œuvre est extrêmement limitée non pas seulement du fait de l'insuffisance des ressources, mais aussi du fait d'un problème de coordination des différentes initiatives.

L'action contre le sida est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire camerounais. Les différentes agences de coopération s'installent à peu près n'importe comment, sans lien manifeste avec les dynamiques épidémiologiques

¹²³ Pierre Muller, 2004

¹²⁴ Gilles Massardier, op cit. p. 136

connues. En 2000 par exemple, la ville de Limbé pourtant la plus touchée de la province du sud ouest Cameroun était sur le plan des soins et des moyens matériels, largement marginalisée, parce que les moyens alloués à chaque province passent d'abord par le chef-lieu où se situe la délégation provinciale de la santé publique qui est Buéa. Et dans cette même ville l'on comptait plus d'ONG et d'associations soutenues par les agences de coopération¹²⁵.

La décentralisation et la multisectorialité de l'offre de soins et de soutien bien que nécessaires pour une couverture optimale du territoire dans la lutte contre le sida, contribuent plutôt, à cause de leurs faiblesses à brouiller les repères traditionnels définissant l'espace public, à multiplier les centres de discussion et les lieux de décision, ou encore à affaiblir des institutions qui prétendent avoir une représentation monopolistique de certains intérêts face aux autres. En l'occurrence le Ministère des Affaires sociales, acteur prédominant officiellement dans les politiques de prise en charge des OEV, mais concurrencé de toutes parts, par les organisations caritatives, humanitaires, les associations, etc.

Dans les premières années de la lutte, le sida était uniquement un problème de santé publique. Sous les directives internationales, on a progressivement intégré les autres secteurs de la sphère publique, l'éducation, les affaires sociales, la condition féminine, l'agriculture, la défense etc. Cette spécificité de la riposte au début a cédé la place à des configurations souples d'acteurs issus de différents horizons et situés à des échelons différents. Non seulement les jeux d'institutions apparaissent plus difficiles à jouer dans la mesure où une pluralité d'organisations et de groupes opèrent (et/ ou coopèrent) simultanément et sur plusieurs scènes¹²⁶ mais les principaux acteurs (ici le Minas et le Minsanté) pour continuer à défendre leur position, doivent désormais apprendre à naviguer d'une institution à l'autre, à faire usage de plusieurs répertoires d'action (éducation des OEV, santé, nutrition, soutien psychologique, juridique, insertion sociale etc.¹²⁷). A titre illustratif, le programme national de soutien aux OEV, le PNS-OEV. (Tableau 4)

¹²⁵ Fred Eboko, l'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun : de la verticalité à la dispersion, op cit.

¹²⁶ Les médias, les agences de coopérations, les partenariats, les « agences » gouvernementales, les associations etc.

¹²⁷ Les autres ministères sont eux-aussi dans la même situation, c'est-à-dire appelés à composer avec les autres institutions en charge de la question OEV.

La prise en charge des OEV en tant qu'elle ne relève pas d'un seul secteur, contribue à accroître la portée des questions institutionnelles au Cameroun, tant elle incite à associer des acteurs d'univers variés qui n'avaient pas l'habitude de travailler et/ ou de coopérer antérieurement. En effet avec le développement des politiques de lutte contre le sida, de plus en plus de groupes se mobilisent et leurs relations deviennent de plus en plus complexes. Et leurs rencontres, si elles ne présentent pas le gage de la durée et de l'efficacité de l'action publique, appellent toutefois l'invention de procédures nouvelles, transversales, mieux adaptées aux contextes dans lesquels les acteurs sont amenés à travailler.

Tableau 2 : Présentation du PNS-OEV 2006

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une équipe chargée de la gestion du programme. - Elaboration d'une base de données et d'informations utiles sur les OEV. - Mise en place d'un cadre d'écoute approprié pour les OEV. - Identification des besoins psychoaffectifs, scolaires et/ou de formation, sanitaires, nutritionnels des OEV et Apport des réponses conséquentes et adaptées.
Principaux axes	<ul style="list-style-type: none"> - l'accès aux services sociaux de base par les OEV (santé, scolarité, nutrition et autres besoins matériels de base) ; - l'encadrement psychosocial ; - la protection des droits des OEV; - la lutte contre la stigmatisation ; - la gestion et le suivi / évaluation du programme.
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de l'éducation nationale - Ministère des Affaires sociales - Ministère des la Santé - CNLS - Ministère de l'administration territoriale - Acteurs communautaires - Groupes associatifs - confessions religieuses Etc.
Stratégies d'exécution du programme	Suivi de l'effectivité de l'exécution du programmes par les autorités administratives locales, les leaders traditionnels et religieux (au niveau communal), les délégués départementaux des différents ministères (au niveau du Département), Des cellules provinciales de pilotage du programme (CPP) et au niveau central, la Cellule Nationale de Pilotage (CNP).
Principaux partenaires internationaux	<p>L'ONUSIDA</p> <p>Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme</p> <p>L'UNICEF</p> <p>L'OMS, Le PNUD, l'UNESCO, La FAO, L'OIT, le FNUAP, la GTZ, la Coopération Française, L'Union Européenne, la Coopération Belge, la BAD etc.</p>

Source : Données synthétisées par l'auteur sur la base du *Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV)*, CNLS, MINSANTE, MINAS, UNICEF, ONUSIDA, Yaoundé, Juin 2006

Au niveau international

Lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001, les dirigeants du monde ont adopté une série complète d'objectifs destinés à lutter contre l'épidémie. Les États Membres des Nations Unies se sont engagés à mettre sur pied des stratégies nationales et des financements pour enrayer la propagation du VIH et les effets du SIDA. Mais il n'y a pas que les gouvernements qui se sont engagés. A l'issue de ce sommet toutes les autres agences de l'ONU dont les activités sont initialement loin de la logique santé publique ont intégré la thématique VIH/sida dans leurs priorités d'action. Mais plus encore, elles prévoient un volet enfants et sida. Le tableau ci-dessous illustre bien cette logique globale de prise en charge des OEV.

Tableau 3 : Les « Co parrainants », et partenaires impliqués dans la protection et la prise en charge des OEV au Cameroun

Acteurs internationaux	Statut
Fonds des nations pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Partenaires
L'Unicef	Co parrainant
L'Unesco	Co parrainant
Comité des droits de l'enfant	Partenaire
OIT	Co parrainant
FAO	Co parrainant
Bureau du représentant spécial du secrétaire général pour les enfants et les conflits armés.	Partenaire
PAM	Co parrainant
FNUAP	Co parrainant
OMS	Co parrainant
PNUD	Co parrainant
Coalition Mondiale sur les femmes et le sida	Partenaire
Réseau Mondial de personnes vivant avec le VIH/sida	Partenaires

**La liste n'est pas exhaustive*

Source : www.unaids.org

Nous avons choisi de nous limiter aux agences de l'ONU et à certaines organisations internationales les plus régulières dans les programmes de soutien et de protection des enfants en temps de sida (UNICEF, FNUAP, OMS, UNESCO,

PAM etc. (tableau 3). Cependant, il existe un grand nombre d'acteurs internationaux gouvernementaux et non gouvernementaux qui militent pour la protection de l'enfance en temps de sida. En Afrique on peut citer : la BAD (Banque Africaine de Développement), l'Union africaine à travers le Comité africain des experts sur les droits et le bien être de l'enfant, etc. Rajoutons les fondations internationales et les centres de recherche sur l'enfance. La présence et l'importance de ces acteurs qui travaillent très souvent avec les réseaux associatifs en même temps qu'avec (ou sans) le gouvernement par le biais du CNLS, relativisent le rôle de l'Etat dans la conduite de l'action publique des OEV, en montrant qu'il n'est qu'un partenaire et un acteur comme les autres, quoi qu'important. Pour tous ces partenaires internationaux comme pour l'Etat pourtant, la même question se pose. Comment réussir à produire une action publique cohérente dans des situations de pluralismes aussi horizontalisés et verticalisés ?

Plus que jamais, les échanges transversaux dans l'espace public qu'il soit national et/ou international, parce qu'ils mettent aux prises des responsables publics et des acteurs privés sont importants pour une réflexion sur l'articulation des espaces institutionnels. Dans un domaine comme celui du sida soumis à une approche [concertée ?] des politiques publiques et à l'intervention croisée des institutions politiques et administratives tant horizontalement (au niveau des ministères et des espaces territoriaux) que verticalement (de l'international au local), la conduite de l'action publique implique de plus en plus la mise en place de procédures transversales permettant de mobiliser les volontés d'animer les réseaux, d'assurer la circulation de l'information, de coordonner les interventions, de produire des solutions de compromis etc.

3.1.2. La médiation intersectorielle ou l'importance de l'échange politique

Dans le prolongement du débat sur l'existence des politiques publiques en terrain extra occidentaux notamment africains, il s'avère que les systèmes démocratiques occidentaux ne sont pas les seuls à connaître l'existence de secteurs. Autrement dit, le recours à la problématique des mobilisations multisectorielles dans la science politique africaniste à travers le va-et-vient entre

les conjonctures de « de sectorisation » et de « re sectorisation » pour analyser les changements de régimes politiques dans les Etats africains valide la thèse de la sectorisation des systèmes politiques africains¹²⁸. Ces derniers sont comme toute société sectorisée aussi structurés en plusieurs secteurs¹²⁹ qui sont loin d'être à l'abri des désajustements fondateurs de la genèse des problèmes publics.

En transposant la définition du secteur que donne Muller, à savoir *une structuration verticale de rôles sociaux qui définit des règles de fonctionnement, de sélection des élites, d'élaboration de normes et de valeurs spécifiques, de fixations de frontières* à l'analyse des enjeux de la multisectorialité, cette approche présente un certain nombre d'avantages. Elle permet notamment de cibler les acteurs impliqués, leurs interdépendances et leurs cadres cognitifs, bref elle permet d'identifier les communautés sectorielles. Le problème principal que pose la question des OEV, dans une configuration multisectorielle, inter et transnationale peut se résumer en deux mots : la coordination et la régulation. En effet qu'il s'agisse de la prise en charge nutritionnelle, sanitaire, éducationnelle, psychologique ou juridique, de la prévention ou de la recherche, le champ du sida offre un paysage éclaté et atomisé à l'intérieur duquel il paraît difficile d'imposer un centre d'impulsion unique. L'action publique s'en trouve alors ballotée dans un univers où les logiques de fonctionnement sont multiples et hybrides, et dont on sait que la hiérarchie n'est pas toujours assurée.

Comment se construisent les règles que suivent les acteurs situés à la lisière de plusieurs institutions ? Dans quelles mesures les façons de penser et les répertoires d'action de chaque groupe d'acteurs orientent-elles la forme de l'action publique ? Quel est le mode de régulation entre ces différents acteurs, intérêts et volontés ? Ces interrogations permettent de relever le rôle des échanges politiques

¹²⁸ Patrick Wafeu Toko, *L'analyse des politiques publiques en Afrique noire*, article à paraître

¹²⁹ Cette sectorisation doit être relativisée à cause de la crise de l'approche sectorisée dans la compréhension des politiques publiques. Si certains secteurs sont relativement bien découpés comme l'agriculture ou la santé, d'autres ont des frontières floues comme l'environnement et de plus en plus, on assiste à des politiques qui contribuent par leur analyse et leur pilotage à la construction d'un micro – secteur comme par exemple les politiques publiques de lutte contre le sida. Par ailleurs, on assiste à une relocalisation des politiques publiques qui prennent en charge des problèmes qui ne peuvent être formulés dans une logique sectorielle précise au profit d'un espace territorial bien défini comme la ville. Patrick Wafeu T. op cit.

qui permettent l'intégration des « univers institutionnels » présents dans l'espace publique.

L'étude des arènes intersectorielles

Nous avons choisi d'étudier les dispositifs institutionnels dont la position et les ressources conduisent à jouer un rôle important dans les lieux variés où s'opèrent des échanges transversaux. Ces dispositifs institutionnels présentent des caractéristiques très variables suivant les lieux et les moments où ils se créent.

Ils peuvent être établis par le droit, être dotés d'une structure bureaucratique et d'un personnel propre chargé explicitement de produire des arrangements. Le Comité National de Lutte contre le Sida (le CNLS) et ses organes¹³⁰, les comités interministériels, les structures intercommunales, au niveau national et l'Equipe de Travail Inter institutions pour les enfants sur le VIH et le sida (ETII) au niveau international sont par exemple des structures permanentes conçues comme des lieux de discussion entre acteurs et partenaires de l'action publique.

Bien souvent toutefois, les échanges entre institutions sont assurés au sein de réseaux plus ou moins souples, plus ou moins visibles, regroupant un certain nombre d'acteurs (les arènes informelles). Dans ce cas, les relations personnelles entre acteurs sont d'une grande utilité. Les marques de confiance, la reconnaissance croisée des légitimités à jouer ce rôle, la sincérité des mobilisations peuvent jouer un rôle déterminant dans la construction des réseaux qui relient les institutions entre elles. Cette dimension interindividuelle semble essentielle dans bien des cas, pour comprendre la réussite ou l'échec de la greffe entre des univers organisationnels ou, plus modestement, pour comprendre les conditions de négociation accompagnant la réalisation de projets transversaux comme le PNS-OEV qui faut-il le rappeler suppose la participation des acteurs issus de secteurs différents.

Les lieux qui servent de relais sont plus ou moins stables dans le temps. Ils peuvent trouver des gages de la durée dès lors qu'ils s'inscrivent autour de règles du jeu bien établies et de procédures formelles. C'est le cas par exemple du

CNLS, du Ministère de la Santé publique et du Ministère des affaires sociales. Chaque mission du MINAS en matière de prise en charge des OEV au Cameroun se réalise toujours en collaboration avec le CNLS, et l'ONUSIDA. Quelques fois l'UNICEF, Plan Cameroun, ou certaines organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales sont associées aux différents projets.

Généralement, les projets communs entre CNLS, UNICEF, ONUSIDA sont concentrés dans les grandes villes comme Yaoundé, Douala et les autres capitales des régions. En revanche, les alliances du CNLS avec ses autres partenaires (ONG internationales, co parrainants, UE, GTZ, etc.) sont très souvent fluctuantes, en fonction des zones d'action de ces différents partenaires. Les échanges interinstitutionnels peuvent alors prendre des formes beaucoup plus lâches et temporaires, sous la forme de *coalitions passagères*. C'est le cas lorsque la qualité et le nombre d'acteurs sont indéfinis et susceptibles d'évoluer comme en matière de soutien aux OEV étant donné les difficultés du PNS-OEV à couvrir tout le territoire et l'appui qu'apportent l'UNICEF, l'ONUSIDA et d'autres partenaires internationaux aux initiatives associatives locales (dans les communes, les districts, etc.).

Ces lieux de médiation et d'échange peuvent être plus ou moins autonomes et aussi plus ou moins légitimes. Autonomes par rapport aux milieux institutionnels qu'ils relient du fait d'une situation géographique enclavée (problème de circulation de l'information)¹³¹, légitimes lorsqu'ils sont présentés comme des lieux de pacification des conflits potentiels et d'harmonisation des opinions en vue de produire l'action collective¹³².

Une sociologie des médiateurs

Certains acteurs, que l'on dira « multipositionnés »¹³³ participent également à cette action de médiation et de production de cohérence globale. Ces acteurs ont la capacité de reconstruire de la cohérence là où il semblerait n'y avoir qu'anomie et juxtaposition d'espaces sociaux clos sur eux-mêmes comme laisse penser le

¹³⁰ Au niveau central le CNLS, le GTC, au niveau provincial les GTP, etc.

¹³¹ Par exemple le GTP de Kousséri par rapport au CNLS de Yaoundé

¹³² Olivier Nay, Andy Smith, op cit

problème de la prise en charge des OEV. Ce sont des médiateurs, c'est-à-dire des acteurs qui traversent des espaces sociaux (ici la santé, l'éducation, le social etc.) et assurent par cette position sécante, la circulation, et au résultat le partage, des idées et des pratiques d'un secteur à un autre¹³⁴. L'un des gros problèmes posés par l'analyse des politiques publiques est constitué par cette question des médiateurs. Qui sont-ils ? Quelles sont leurs ressources ? Leurs intérêts ? Leurs moyens ? Leurs relais ? Etc.

Devant la très grande diversité des espaces de médiation, nous avons fait le choix d'étudier deux figures de la médiation, une au niveau national (le CNLS) et l'autre au niveau international (l'ETII). Ces acteurs, se distinguent par leur aptitude à intervenir dans différentes arènes dont les règles, les procédures, les savoirs et les représentations peuvent être sensiblement éloignés. Ils forgent aussi leur compétence sociale par leur capacité à se poser en relais entre des groupes, des milieux, des organisations dont les intérêts peuvent diverger, mais parallèlement tenus de coopérer, de travailler ensemble, d'inventer des solutions acceptables par tous.

L'ETII ou la dimension cognitive de la médiation

De son nom d'origine *Equipe de Travail pour les Orphelins et les enfants vulnérables du fait du sida* lors de sa création en 2001, l'ETII est devenue en 2004, l'Equipe de Travail pour les enfants, le VIH et le sida. Elle est composée de représentants des organismes co parrainants de l'ONUSIDA¹³⁵, des donateurs, d'ONG et des autres organisations qui jouent un rôle réel et permettent de répondre aux besoins et de faire respecter les droits des enfants frappés par le VIH et le SIDA (tableau 3). Le comité directeur de l'ETII coordonne les travaux de l'ETII et suit les travaux et les résultats des groupes de travail (il y en a six au total¹³⁶). Il est aussi responsable de l'organisation des réunions du Forum mondial des partenaires

¹³³ La multipositionnalité se caractérise par le fait d'occuper des positions de pouvoir à plusieurs niveaux d'action. Gilles Massardier, 2003, op cit

¹³⁴ Idem

¹³⁵ Cosponsors include UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO and the World Bank. Source <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/default.asp>

¹³⁶ Inscriptions aux registres de l'état civil, Rôle communautaire dans les interventions, Éducation, Suivi et évaluation, Plans d'action nationaux, Protection sociale

et de l'ETII. Ce comité directeur est en fait constitué de l'UNICEF et de l'ONUSIDA. Sous son impulsion, le Forum mondial des partenaires a été créé en 2003 pour faciliter la réalisation des engagements pris au niveau mondial à l'égard des enfants touchés par le VIH et le SIDA énoncés dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2001 et dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement. C'est un très haut organe de coordination des différentes initiatives proposées par les groupes de travail, et aussi un organe de médiation dans la mesure où des conflits peuvent apparaître entre les acteurs chargés de mettre en place les initiatives impulsées par les groupes de travail.

Le dernier forum mondial sur les enfants et le VIH/sida date d'avril 2007. Il s'est tenu à Washington sous la coordination de l'UNICEF. Chaque réunion permet d'examiner les progrès accomplis et d'élaborer des recommandations pour les gouvernements. Ces derniers sont d'ailleurs toujours invités, et sont représentés soit par les différents responsables de la mise en œuvre des politiques de lutte contre le sida soit par des membres du gouvernement.

Le travail de l'ETII est assimilable à celui d'un « généraliste », dont l'activité consiste à produire du « sens commun » entre des milieux institutionnels qui ne recourent pas aux mêmes savoirs et aux mêmes représentations¹³⁷. C'est notamment grâce à cette équipe de travail qu'il existe un *Cadre pour la protection des soins et le soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA* adopté par plusieurs Etats dans le monde y compris le Cameroun. Ce Cadre fixe les différentes actions qui doivent être menées afin de réduire la vulnérabilité des enfants face au sida et d'atteindre les OMD à l'horizon 2015.

Le CNLS ou la dimension stratégique de la médiation

Le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) a pour objet de définir la politique générale de la lutte contre le SIDA au Cameroun, et de veiller à son implémentation. A cet effet, il a comme missions principales : La coordination de

la gestion du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida, l'appui technique aux partenaires impliqués dans la réponse locale, l'appui technique aux partenaires impliqués dans la réponse sectorielle, la coordination de la stratégie d'information, d'éducation et communication (IEC), la coordination des activités de surveillance épidémiologique et comportementale, et le suivi-évaluation des activités menées.

L'organe central du CNLS est le GTC, ou Groupe Technique Central. C'est lui qui coordonne toutes les activités des GTP ou Groupes Techniques Provinciaux. Au niveau de chaque province, il existe un Comité Provincial de Lutte contre le SIDA (CPLS) dont la mission est d'assurer la coordination des activités de lutte contre le SIDA au niveau de la province. Ces CPLS ont comme organes exécutifs, des GTP chargés d'apporter un appui technique et financier aux partenaires impliqués dans l'exécution des actions de lutte contre le SIDA et de mettre en œuvre leurs propres activités au niveau de la province.

Le CNLS joue un rôle central et coordonne la lutte contre le SIDA au Cameroun, définit les principaux axes et les différents objectifs à atteindre dans les horizons futurs. De ce fait, il reçoit les différents plans d'action mis sur pied par les autres partenaires qui sont impliqués dans la lutte et les intègre dans la stratégie générale de lutte contre le VIH/sida. Il reçoit également de l'extérieur des apports sous forme d'appui technique et financier de la part des bailleurs de fonds, organisations internationales (OI) et organisations non gouvernementales (ONG) qui promeuvent la lutte contre le sida. Le financement reçu de ces institutions permet de mettre à la disposition des différents organismes locaux des fonds destinés à mettre en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA à leur niveau.

Les membres du CNLS, qu'on peut aussi appeler des « agents doubles » ou des « courtiers », des « conseillers », des « intermédiaires », des « entrepreneurs de la médiation »¹³⁸ sont issus des différents ministères impliqués dans la socialisation et l'intégration des individus. Le Ministre de la Santé publique est d'office président du CNLS. Les autres ministères à savoir Ministère de l'éducation, ministère des affaires sociales, ministères de la défense etc. y délèguent des

¹³⁷ Confère les différents cadres d'interprétations du phénomène OEV ? Dans ce texte, sous titre 1.1.1 P. 53

¹³⁸ Jean-Pierre Gaudin, *Gouverner par contrat*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999.

représentants permanents. Le CNLS est donc constitué de fonctionnaires permanents (8 conseillers qui supervisent, assistés par des chargés de mission) qui effectuent des allers et retours avec leur ministère d'origine et des cadres contractuels. Le rôle des permanents consiste principalement à représenter leur ministère dans l'élaboration des plans d'action. Ils sont aussi chargés d'assurer la collecte et l'exploitation des données de suivi du programme qu'ils contribuent à élaborer. Cependant, d'un point de vue pratique, le CNLS souffre de certaines insuffisances qui entravent son rôle de médiateur et de coordonnateur.

Premièrement parce que c'est l'ONUSIDA qui tient les rênes de l'initiative en matière de lutte au Cameroun. La raison principale pourrait être d'ordre financier. C'est l'ONUSIDA qui finance la lutte contre le sida au Cameroun. Mais l'une des raisons prouvées est la difficulté pour les différents membres du CNLS à travailler ensemble. La plupart du temps, ils exigent qu'un expert soit là, pour coordonner leurs actions. Ainsi, le premier représentant de l'ONUSIDA, le Dr Emmanuel Gnaoré installé au Cameroun en 2000 affirme : « tout se passe comme ci les uns et les autres avaient besoin d'un étranger pour éviter que ce soit l'un d'eux qui le fasse. C'est étonnant »¹³⁹. Cette supposée léthargie ne serait-elle pas un moyen utilisé pour faire pression sur les bailleurs du Nord ?

La deuxième raison qui explique pourquoi cette mobilisation n'a pu être induite par le CNLS relève de l'appréhension politique de la question du sida au Cameroun. Le CNLS est assimilé à un récepteur de la "manne" qui serait générée par les bailleurs de fonds internationaux. Cette idée que le CNLS et ses dirigeants successifs bénéficient de ressources très importantes est une idée ancrée dans les représentations sociales de la lutte institutionnelle contre le sida, assimilée à un maillon de réseaux internationaux où circulent des sommes que l'ensemble des acteurs sociaux jugent ou estiment « considérables »¹⁴⁰. Les médiations entre les responsables sanitaires et ce qu'on peut appeler « le grand public » représentent aussi une des faiblesses majeures du CNLS. Cette carence est sans doute significative de la crise de confiance -justifiée- des citoyens vis-à-vis des institutions, des services publics et des acteurs qui les représentent.

¹³⁹ Tiré d'une interview menée par Fred Eboko in, L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun, de la verticalité à la dispersion, <http://apad.revues.org/document184.html#tocto10>

¹⁴⁰ Idem

Conclusion deuxième partie

La prise en charge des OEV s'inscrit dans un cadre global de lutte contre le sida et comme toute action publique dont l'approche est plurielle, elle fait intervenir différents acteurs qui n'ont pas forcément des intérêts communs. C'est pour cette raison qu'une médiation intersectorielle est importante. Mais ces médiations nous l'avons vu sont loin d'être toujours le résultat de procédures publiques encadrées par le droit. Elles peuvent aussi être le fruit des relations informelles dans la succession des rencontres entre représentants. Ces représentants, « courtiers » ou « généralistes », sont tous des individus qui exercent une compétence déléguée (par un groupe, une organisation, etc.) et agissent en vertu d'un mandat ou d'un intérêt spécifique. Parmi eux, ceux qui revendiquent la représentation de l'intérêt général notamment les agents de l'Etat, sont très souvent appelés à rencontrer des responsables d'organisations sectorielles. Pour cette raison ils sont donc impliqués dans un travail d'interprétation des demandes, ils sont souvent chargés de mobiliser et d'associer des partenaires privés concernés par la résolution d'un problème public. Ils jouent un rôle d'arbitre et cherchent à trouver des solutions communes. A ce titre, la médiation intersectorielle ne désigne pas seulement des modes ordinaires de sociabilité, ni des pratiques informelles et spontanées de régulation sociale mais constitue, en raison de son développement et de son institutionnalisation, un mode de gestion organisé, formalisé voire professionnalisé de la sociabilité¹⁴¹. La prise en charge des OEV apparaît alors comme une question publique porteuse des formes d'action publique inédite.

Vu sous cet angle, l'échec ou la difficulté d'assurer le relais entre différentes institutions est susceptible de nous renseigner sur la capacité de contrôle de l'Etat en matière de construction et de conduite de l'action publique. La nature multisectorielle de l'action publique ne peut faire l'économie d'une approche par

¹⁴¹ Fathi Ben Mrad, *Sociologie des pratiques de médiation. Entre principes et compétences*, L'Harmattan, Paris, 2002

les structures¹⁴² qui permet de mettre en évidence les contraintes. Une approche par les acteurs a déjà permis de souligner la relative marginalité de l'Etat camerounais dans le *policy-making* des OEV. Cependant, seule une enquête de terrain permettra de mettre l'accent sur les contraintes structurelles et les défis qui se posent en terrain camerounais dans l'analyse des politiques publiques des OEV.

La troisième partie de notre mémoire constitue notre projet de thèse. Elle envisage de déterminer la place des enfants dans les politiques publiques du sida. Il s'agit en fait d'établir un lien entre figure de l'Etat, politique du sida (type de réponse) et action publique des OEV dans trois pays, le Cameroun, l'Ouganda et l'Afrique du sud.

¹⁴² On peut définir les structures comme des systèmes d'interaction durables concernant différents sous-systèmes sociaux, ne dépendant pas directement de l'action d'agents identifiables et s'exprimant dans des institutions et des cadres d'interprétation du monde stabilisés. Pierre Muller, 2008, op cit.

3^{ème} Partie Mise en perspective du sujet

« *The AIDS pandemic provides a window into African politics* »¹⁴³.

1. Les enfants dans les politiques publiques du sida au Cameroun, en Afrique du sud et en Ouganda.

La question du sida chez les enfants révèle et/ ou accentue des lignes de partage et d'inégalité des formes d'action politique des Etats. Pour autant, si le drame du sida pénalise tous les Etats, il dépeint aussi un tableau à plusieurs paliers. L'analyse des politiques publiques de lutte contre le sida en Afrique ne peut exclure l'examen de la situation des femmes, des enfants et des autres populations vulnérables. Il y va d'un des objectifs principaux de la lutte contre le sida : l'équité dans l'accès aux services sanitaires. De même, l'analyse des politiques publiques du sida en Afrique ne peut exclure l'examen des mécanismes et des institutions dans lesquels les décisions sont prises. Il ne s'agit pas de dire que les institutions politiques de l'Etat déterminent les résultats dans la lutte contre le sida, mais de voir dans quelle mesure elles influencent les efforts, d'autant plus que plus une société est structurée et l'Etat fort, plus elle a des chances de gérer au mieux une action multisectorielle. La méthode de recherche envisagée, se caractérise par une démarche comparative contrastant le cas du Cameroun avec ceux de l'Ouganda et de l'Afrique du sud.

La multisectorialité exige que plusieurs secteurs travaillent ensemble, simultanément sur le même objet et la même scène, mais pas forcément avec la même méthode. Comment donc faire travailler ensemble une pluralité d'acteurs, de sens et de méthodes ? Le parti pris de cette étude est celui de l'illustration par la comparaison. Emile Durkheim considérait ainsi que la comparaison était la seule méthode pour valider une causalité sociologique. Aussi nous voulons montrer, à

¹⁴³Amy Patterson, op cit. P. 173

l'épreuve des faits, que l'action publique multisectorielle des OEV varie considérablement avec la configuration institutionnelle de chaque pays.

1.1. Problématique

L'objet de notre étude, qui est la prise en compte des enfants dans les politiques publiques du sida au Cameroun, en Ouganda et en Afrique du sud, suscite les deux interrogations suivantes : dans quelle mesure la problématisation et le traitement de la question des OEV fournit-elle un cadre révélateur du rôle et des capacités de l'Etat dans les politiques publiques du sida en Afrique? L'institutionnalisation croissante de « l'approche multisectorielle » ne fait-elle pas que révéler au grand jour l'incapacité croissante de ces Etats à inscrire dans leurs cadres institués le plus grand nombre ?

1.2. Hypothèses

Nourrie de nos lectures sur les politiques publiques du sida et l'Etat en Afrique, notre travail de thèse reposera sur l'hypothèse suivante : *l'Etat en action* dans l'action publique des OEV au Cameroun, en Ouganda comme en Afrique du sud, est avant tout un Etat en situation d'*extraversion* qui apparait comme un acteur comme les autres (« co-négociateur ») dans la mise en sens et la mise en action des enjeux de la lutte contre le sida.

Le retard qu'accusent les différents gouvernements dans le traitement de la question des OEV, les difficultés palpables de la mise en œuvre des plans nationaux de soutien aux OEV¹⁴⁴ et la dépendance financière des gouvernements aux organisations internationales et autres partenaires¹⁴⁵, témoignent d'une logique de réappropriation des enjeux internationaux par les acteurs et réseaux transnationaux et nationaux en œuvre en Afrique. L'émergence de la problématique de la prise en charge des OEV serait donc en grande partie une construction extérieure au terrain africain. L'importance de la question et les programmes de prise en charge ont été définis d'abord au niveau international,

¹⁴⁴ Unicef, ONUSIDA et PEPFAR, *Les générations orphelines* 2006, op cit.

avant d'être relayés de façon plus ou moins formelle par les gouvernements Camerounais, ougandais et sud africains, posant ainsi la question des conditions et des modalités de ce relais. Notre seconde hypothèse est que la nature extériorisée de la réponse au phénomène des OEV confirme l'état d'*extraversion* et de projection dans lequel se trouvent les pays africains et pourrait être une des raisons pour lesquelles les objectifs de prise en charge multisectorielle n'ont pu être (sont loin) d'être atteints.

Un premier inventaire s'impose. Il ouvre la voie à une plus ample connaissance des trois pays en ce qui concerne la lutte contre le sida, et situe sur l'environnement dans lequel la prise en charge des OEV s'instaure et le cadre à l'intérieur duquel se déploie « l'approche multisectorielle ». Loin de suggérer une analyse en termes de conditions de réussite de la multisectorialité (obstacles ou facteurs), la revue des données sur la base des faits (et des chiffres) entend articuler les modalités de lutte contre le sida, l'engagement politique et les caractéristiques institutionnelles sur la prise en charge multisectorielle des enfants rendus vulnérables à cause du sida (tableau5). Dans cette perspective une présentation du terrain s'avère nécessaire pour éclairer et enrichir l'objet de notre étude.

2. Présentation du terrain

La collecte des informations significatives sur les politiques publiques du sida et de l'enfance dans les trois pays permet de baliser le terrain en les mettant en évidence (tableau 4). Au Cameroun, en Ouganda comme en Afrique du sud, les données relatives à l'organisation de la lutte contre le sida, au leadership politique et aux caractéristiques de l'Etat constituent une étape importante de cet état des lieux à faire. Sans se limiter à la collecte de ces faits, il s'agit en même temps d'y extraire les éléments pertinents permettant l'explicitation de nos hypothèses. Pour chaque pays ou pour chaque type de riposte, il faut considérer une conjonction de facteurs (épidémiologiques, virologiques, historiques, politiques, sociaux, etc.). Nous proposons ici de nous focaliser sur trois interrogations. Premièrement quels

¹⁴⁵ Amy S. Patterson, *The African State and the AIDs crisis*, Ashgate, Aldershot, 2005.

sont les liens entre les modèles de lutte et les capacités de soutien et de protection des OEV? Deuxièmement le sida chez les enfants est-il un objet politique ? Et enfin, l'impact des capacités d'action sur l'action publique des OEV.

Tableau 4 : Quelques données par pays (2007)

	Taux de prévalence (15-49)	Nombre d'OEV (en milliers)	% d'OEV recevant une aide extérieure	Nombre d'enfants vivant avec sida(en milliers)	% d'enfants sous trithérapie pédiatrique	% de femmes bénéficiant de la PTME	Ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non orphelins
Cameroun	5,5	300	9,3	45	1,694	7,516	0,92
Ouganda	5,4	1 200	10,7	130	8,532	26,484	0,96
Afrique du sud	18,1	1 400	-	280	32,060	57	-

Source: UNICEF UNAIDS and WHO, Children and AIDS. Country facts sheets 2008

Tableau 5: Mesures gouvernementales en faveur des Orphelins et des Enfants Vulnérables (Indices d'efforts et de programmations pour les OEV (sur 100))

	Situation nationale	Processus consultatif d'analyse	Mécanisme de coordination	Plan d'action national	Politique	Examen législatif	Suivi et évaluation	Ressources	Score total à l'indice OEV
Cameroun	33	28	60	36	8	18	5	25	27
Ouganda	90	90	73	90	78	30	37	35	65
Afrique du sud	72	80	59	94	38	71	61	80	69

Source: UNICEF UNAIDS and WHO, Children and AIDS: Country facts sheets 2008

2.1. Le Cameroun

Le modèle de l'adhésion passive

Quand on parle « d'adhésion passive », il s'agit d'un formalisme institutionnel en accord avec les organisations internationales qui n'informe pas des possibilités ou des blocages internes¹⁴⁶. Le contexte camerounais vise à illustrer certaines modalités de ce processus. Il permet de voir comment les directives internationales¹⁴⁷ s'inscrivent dans des dynamiques locales, de montrer l'inertie des élites politiques et de la population face à l'épidémie du sida et une participation relativement faible. Il permet aussi d'estimer le poids des structures verticales imposées à un Etat réduit à accepter formellement les conditionnalités internationales.

Au Cameroun, les négociations de l'Etat avec ses partenaires internationaux pour l'accès aux ARV depuis 2001 montrent que le sida est devenu une priorité nationale dans le cadre des stratégies de lutte contre la pauvreté imposées par les institutions de Bretton woods, alors que dans la pratique, il restait un problème marginal. *«In Cameroun, State negotiations with international partners over access to ARV since 2001 illustrate how the country has merely used AIDS as a way to gain needed financial resources from international partners »*¹⁴⁸.

Le Cameroun est un modèle « d'adhésion passive » parce que les plans stratégiques et programmes multisectoriels de lutte contre le sida sont fortement orientés vers la satisfaction des exigences des directives internationales, pilotées par ses grands bailleurs de fonds (BM, FMI, ONUSIDA etc.). Ceux-ci fixent leurs propres objectifs, lesquels finissent par orienter, nourrir et impulser la politique de lutte contre le sida au plan national. L'Etat dans cette perspective, nous l'avons vu est un acteur comme les autres. En conséquence, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) joue un rôle de coordonateur que les multiples partenaires

¹⁴⁶ Fred Eboko, op cit

¹⁴⁷ Ces directives internationales, verticales et standardisées ont abouti à la création des PNLs (Programmes Nationaux de lutte contre le sida) entre 1986 et 1987 en Afrique sur l'initiative du GPA (Global Programm on Aids, 1986-1996) de l'OMS. Ensuite, elles ont été suivies par les normes édictées par l'ONUSIDA depuis sa création en 1996, notamment par la création des PMLS (Programmes Multisectoriels de Lutte contre le Sida). Faut-il le préciser, l'ONUSIDA agit de concert avec la Banque Mondiale qui en fait partie intégrante.

contrarient. Au niveau international en effet, plusieurs pôles politiques se sont mis en exergue au profit d'un nouvel élan dans la lutte contre le sida dans le monde, et en particulier en Afrique¹⁴⁹. La conjonction inédite de ces pôles explique aussi des initiatives nouvelles de la part des principaux partenaires des Etats africains.

L'accès aux antirétroviraux et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida se sont hissés au cœur de la lutte contre le sida au Cameroun, alors que pendant près de quinze ans, le débat avait été totalement absent, du fait du coût élevé des médicaments. Depuis le 7 mai 2007, les Antirétroviraux (ARV) sont gratuits pour tous les malades éligibles. Cela révèle les capacités des acteurs gouvernementaux à négocier avec leurs partenaires internationaux mais masque mal l'absence de débat politique sur cette question et la dépendance de l'Etat camerounais envers les institutions de Bretton Woods et les organisations internationales (OMC, ONUSIDA, OMS, etc.) en ce qui concerne le sida. Ce sont en effet ces derniers qui valident les programmes et financent les projets à près de 90%¹⁵⁰.

Certes il existe un Programme Multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS) et depuis 2006 un Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV) qui ont permis d'accroître le nombre de patients sous trithérapie, passant de 39 000 en 2004 à 46 000 en 2007¹⁵¹, de soutenir (avec l'appui de la coopération française, de l'Unicef et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), médicalement et nutritionnellement 45 000 enfants sur 300 000 OEV enregistrés; d'augmenter le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant des antirétroviraux (ARV) dans le cadre de la PTME (7,71%¹⁵²). Une lecture attentive de ces programmes nationaux montre que toutes les directives édictées par les organismes internationaux sont formellement appliquées (ce qui n'est pas mauvais en soi). Mais cette verticalité de l'action a un effet pervers, elle minore les

¹⁴⁸ Fred Eboko, op cit. p 49

¹⁴⁹ L'ancien Secrétaire des Nations Unies à New York s'est inscrit dans le champ international du sida de manière particulière. Sur son initiative, un fonds multilatéral de lutte contre le sida a été créé, en particulier pour l'Afrique. La même année tous les Etats sont invités à signer la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.

¹⁵⁰ Fred Eboko, op cit

¹⁵¹ Soit 53% du nombre total de patients éligibles évalués à 86453. (Rapport sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Cameroun, 2008)

¹⁵² Rapport de Progrès sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Cameroun, 2008

contraintes du local et aboutit à la dispersion de l'action publique. On ne sait plus qui fait exactement quoi, à quel endroit et pour quelles raisons. Le territoire camerounais se trouve ainsi soumis à une répartition inégale de l'action contre le sida, suivant les intérêts géostratégiques des différentes agences de coopération bilatérale et multilatérale, sans lien manifeste avec les dynamiques épidémiologiques et sociologiques connues¹⁵³.

Le silence du politique

La mise en scène du pouvoir politique dans le champ de lutte contre le sida se résume à l'intervention du Premier ministre le 12 septembre 2000 au Palais des Congrès de Yaoundé et au déploiement de l'espace symbolique par l'implication de la Première Dame, épouse du chef de l'Etat, Mme Chantal Biya. En outre, il faudra rajouter quelques interventions ponctuelles du Ministre de la santé et les décrets présidentiels concernant l'accès aux ARV.

Peu de personnalités politiques se sont engagées dans la lutte contre le sida au Cameroun encore moins dans le soutien et la protection aux OEV. Le tournant des années 2000 avec la négociation de l'initiative PPTE a entraîné une légère modification de comportement du gouvernement camerounais. L'allocution de M. Peter Mafani Mussongué alors chef du gouvernement devant les autorités internationales (ONUSIDA, Banque Mondiale, les représentants de chancelleries et des organisations internationales) suggère un important moment de réponse politique officielle. En effet, le Premier ministre avait évoqué les ravages du sida dans le pays et l'urgence d'une réponse. Il a ensuite présenté le plan stratégique d'urgence de lutte contre le sida qui devrait s'étendre sur quatre ans, mentionnant au passage l'insuffisance de ressources disponibles pour faire face à l'épidémie.

Ce discours est à mesurer à l'aune des nouvelles configurations diplomatiques qui plaçaient la lutte contre le sida au niveau des impératifs imposés au pays pour recevoir de la communauté internationale, un crédit substantiel. Une analyse plus approfondie des quinze premières années de lutte contre le sida impose de relativiser l'impact des propos du premier Ministre, qui n'a fait que

¹⁵³ Fred Eboko, op cit

remplir une formalité, dans un domaine qui relevait exclusivement de la santé publique. Son discours semble donc être davantage le signe d'un manque réel de volonté politique que d'un « besoin politique » d'infléchir l'épidémie. En d'autres termes, le ministre s'adressait à la Banque Mondiale et à l'ONUSIDA plutôt qu'aux associations de malades etc. Et à ce jour l'on compte sur le bout des doigts les interventions publiques du gouvernement sur le sida. La dernière date du 10 Juin 2008 à New-York, lors du sommet des chefs d'Etat sur le sida. Le ministre de la Santé André Mama Fouda avait alors présenté le rapport du Cameroun sur l'état d'avancement de la Déclaration d'engagement signé en 2001.

Dans un autre registre, les activités de Mme Chantal Biya, peuvent être appréhendées comme une des réponses politiques au sida. Mme Chantal Biya a jeté son dévolu sur la santé de l'enfant et de la mère et sur le sort des couches sociales les plus défavorisées. Pour résultat, depuis une dizaine d'années, la Première Dame du Cameroun est présentée comme une femme de cœur qui se dépense sans compter. Avec l'aval de son époux, elle a créé la Fondation Chantal Biya (la FCB), le Cercle des amis du Cameroun (CERAC) et grâce au réseau relationnel du président de la République, l'ONG panafricaine *Synergies africaines contre le sida et les souffrances* qu'elle préside. Le 14 novembre 2008, le Directeur-Général de l'UNESCO, Mr Koïchiro Matura, a nommé Madame Chantal Biya, ambassadrice de bonne volonté pour l'Education et l'Inclusion sociale. Cette nomination vient en reconnaissance de l'appui de longue date apportée par la Première Dame à l'Education Inclusive, en particulier en faveur des filles, des jeunes femmes, des orphelins et des plus démunis, ainsi qu'à la recherche, au traitement et à la prévention du VIH et sida, que ce soit dans le cadre de son organisation *Synergies Africaines contre le sida et les souffrances*, qui associe d'autres Premières Dames africaines, de son travail avec le projet de l'Unesco de lutte contre le sida *Families First Africa*, ou des activités du Centre international de recherche sur le VIH/sida (CIRCB) qui porte son nom et qui est basé à Yaoundé.

Pour nous, le fait d'ériger Chantal Biya en leader symbolique de la lutte signifierait une relégation du sida dans une sphère para politique. Le Président Biya quant à lui est en retrait quasi complet de cet espace. De ce fait, la médiatisation politique de l'action de la Première Dame souligne aussi en

contrepoint le silence des sommets formels de l'Etat camerounais face à un enjeu où la parole est d'une importance capitale. Et lorsqu'on observe les résultats de la politique camerounaise de prise en charge des OEV (Tableau 4 et 5), on se rend compte que beaucoup reste à faire. Seuls 45 000 enfants sur 300 000 OEV bénéficient effectivement d'un soutien nutritionnel et médical, soit un peu moins de 10% sur le total d'enfants ayant besoin d'une assistance. Quand à la prise en charge pédiatrique, elle est de 1,6%, loin derrière l'Ouganda (8,53%) et encore plus loin derrière l'Afrique du sud (32%). (Tableau 4).

2.2. L'Ouganda

La participation active

L'Ouganda fut l'un des premiers pays africains à être durement touché par l'épidémie. On l'a même présenté comme le « berceau du sida » dans les années 90. Mais de « berceau du sida », le pays est aujourd'hui devenu l'un des rares pays d'Afrique, à avoir considérablement baissé son taux de prévalence, et à avoir réussi à stabiliser l'épidémie.

En Ouganda, la maladie a fait ses premières victimes au milieu des années 70 sur les rives du lac victoria, sous le nom de « *slim disease* », la maladie de la maigreur. En 1982, le premier cas de sida est diagnostiqué, et le lien avec la maladie de la maigreur est cliniquement établi.¹⁵⁴ Après son arrivée au pouvoir en 1986, le président Yoweri Museveni a fermement reconnu la gravité du problème, et a engagé son pays dans la lutte contre le sida. Très vite, un Comité National de prévention du sida sera mis en place, afin d'éduquer les populations sur le moyen d'éviter le sida. Alors que les organisations internationales misaient sur le « Tout préservatif », l'Ouganda a inventé un modèle original de campagne pour la lutte contre le sida. Cette campagne baptisée ABC (Abstain, Be faithful, use Condoms) s'est intensifiée dans plusieurs secteurs par le moyen de distributions des préservatifs, affiches et messages radiotélévisés antisida, pièces de théâtre,

¹⁵⁴ Serwadda, et al. (1985) Slim Disease: A New Disease in Uganda and its Association with HTLV-III Infection." Lancet 2(8460):849-85

campagnes sur l'éducation sexuelle. Ce discours non-conformiste a trouvé un écho favorable sur la scène internationale, salué par de nombreuses organisations internationales et de nombreux pays.

Le taux de séroprévalence de plus de 15% dans les années 90 chez les adultes (15-49 ans), 30% chez les femmes enceintes est passé à 5% en 2001 et 5,4% en 2007.¹⁵⁵ Avec le soutien de la Banque mondiale, de l'ONUSIDA et d'autres partenaires internationaux, l'accès aux traitements est gratuit en Ouganda depuis 2004. En faisant preuve de pionnier dans la lutte contre le sida en Afrique, l'Ouganda s'est aussi érigé en modèle. Ce succès est en grande partie dû au leadership politique dont a fait preuve le Président Yoweri Museveni. Le Président a en effet organisé des débats publics sur la question, il s'est adressé de façon très ouverte aux populations et a donné l'exemple en se faisant dépister publiquement.¹⁵⁶ La grande campagne ABC, a été menée sous la direction de la National AIDS Control Programme (ACP) avec la participation du président dans les efforts d'éducation de la population. En dépit des difficultés économiques que connaît le pays, le président a activement joué de son leadership pour attirer les fonds de soutien pour les campagnes de prévention et d'éducation sur le VIH/sida.

Pourtant, dans cette mobilisation inédite, les enfants ont reçu très peu d'attention. La cause des enfants fait certes partie des axes prioritaires du Plan Stratégique ougandais de lutte contre le sida, mais à notre connaissance il n'existe pas de documents officiels sur la question. Si l'action du gouvernement a fait changer les mentalités elle a très peu servi la cause des enfants, qui jusqu'aujourd'hui, n'ont pas encore reçu l'attention nécessaire. Les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont certes augmenté en quelques années, passant de 12% en 2000 à 26% en 2007¹⁵⁷, mais cette couverture est inégale entre le milieu urbain et le milieu rural. Sur les 130 000 enfants infectés seuls 8,5% d'entre eux reçoivent un traitement (Tableau comparatif). Les milliers d'orphelins que les familles ne peuvent plus accueillir faute de moyens sont laissés à eux-mêmes obligés de se débrouiller tous seuls. Ici on retrouve le phénomène de

¹⁵⁵ UNGASS, 2008, Republic of Uganda

¹⁵⁶ Elise Demange, *De l'action publique au modèle. La lutte contre le sida en Ouganda*, CEAN Bordeaux, mémoire, 2004.

¹⁵⁷ ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale, 2008

familles d'enfants. Il s'agit de foyers où les enfants vivent ensemble, par fratrie, sous la direction d'un aîné pas toujours majeur¹⁵⁸. 10,7% de familles seulement ont reçu un soutien du gouvernement. Ces enfants n'ont pas seulement des difficultés en termes d'accès aux traitements ou aux services sociaux de base, ils doivent aussi subir un taux élevé de discrimination et de stigmatisation.¹⁵⁹ Ce genre d'attitude insuffisamment combattu par le plan national de lutte contre le sida, est un obstacle au bien être psycho social des enfants.

L'engagement politique

L'Ouganda constitue pour beaucoup un modèle à suivre dans la lutte contre le sida en Afrique. Dès que les premiers cas de sida sont apparus dans ce pays, les pouvoirs publics ont organisé sans tarder une campagne de sensibilisation d'une rare franchise, visant à informer le public ougandais des moyens de transmission de la maladie. Contrairement au Cameroun par exemple, les pouvoirs publics ont facilité la prise de parole et l'engagement des personnes atteintes. Première conséquence de cette politique, l'Ouganda est le pays d'Afrique et proportionnellement un des pays au monde où les tests de dépistage du VIH/sida sont les plus nombreux¹⁶⁰.

Mais au crédit de tous les succès qu'on lui reconnaît, il faut souligner la conjonction de l'engagement politique du président Museveni et de la mobilisation communautaire. En effet, lorsque Yoweri Museveni prend le pouvoir en Ouganda, il hérite d'un pays sinistré par vingt de dictature militaire, dont une décennie de violence menées par Idi Amin. En 1990, la séroprévalence du sida était supérieure à 10% parmi la population dite « sexuellement active », entre 15 et 49 ans. Les zones rurales qui sont encore épargnées dans d'autres pays, payent déjà très lourd le tribut de la maladie : dérégulation sociale, dislocation des familles et de la mobilité des jeunes adultes travaillant hors de leurs résidences habituelles. La zone agricole de Rakai devient très vite un emblème malheureux et récolte les lauriers de l'infortune. Elle sera pratiquement dévastée, de sorte que la pyramide des âges y prendra des formes inédites avec la présence majoritaire d'enfants et de

¹⁵⁸ Unicef, Les enfants au bord du gouffre, 2004

¹⁵⁹ [http:// www.avert.org/aidsuganda.htm](http://www.avert.org/aidsuganda.htm)

¹⁶⁰ ONUSIDA 2004

personnes âgées.¹⁶¹ Très vite, le Président prendra les rênes de la mobilisation et les campagnes de sensibilisation soutenues notamment par des organisations non gouvernementales britanniques et américaines se diffusent sur tous les supports et partout dans le pays. L'engagement du président et ses discussions franches et ouvertes lors des débats publics a certainement contribué à déstigmatiser la maladie.

En s'appuyant sur des slogans comme « Tout le monde est porteur de virus », le président Museveni a fait du sida une maladie qui ne concerne pas que les autres, mais tout le monde quel qu'il soit, jeunes ou moins jeunes, femmes et hommes¹⁶². En outre il s'est engagé (assez tôt) dans une étroite collaboration avec les associations de malades et les organisations non gouvernementales. Ce qui a sans doute facilité la mise en œuvre d'une *approche multisectorielle* et la coordination nécessaire à la gestion de cette action.

Nous n'affirmons pas que l'implication politique du président ougandais est la cause directe du déclin de la séroprévalence dans le pays. Cependant, son engagement et son engouement ont permis au pays de gagner la sympathie des organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales, des partenaires internationaux etc. En somme cette implication a été positive dans la lutte contre le sida

L'exemple ougandais¹⁶³ illustre bien que depuis près de vingt ans, le sida fait partie des grandes priorités du gouvernement, au même titre que le développement économique, la paix et la sécurité. Si aujourd'hui l'accès aux ARV est gratuit pour tous les patients, force est de constater que les enfants bénéficient très peu de cette manne. (Tableau 4 et 5).

¹⁶¹ Elise Demange, De l'action publique au modèle, op cit.

¹⁶² Amy Patterson, The African State and the AIDS pandemic, in *The Politics of AIDS in Africa*, op cit.

¹⁶³ Elise Demange, « Genèse de l'action publique contre le sida en Ouganda », *Terroirs* (Yaoundé), 2005, n°11-2, p. 107-131

2.3. L'Afrique du sud

La « dissidence active »

Avec presque 6 millions de personnes infectées, environ 1000 décès par jour et près de 1 400 000 orphelins¹⁶⁴, l'Afrique du sud est le pays le plus gravement touché par le sida. Ce triste record a été attribué à un manque de volonté politique de la part du Président Thabo Mbeki et de son ministre de la santé. C'est que pendant des années, le sida a fait l'objet d'une importante controverse politique¹⁶⁵.

Sur le sida en Afrique du sud, nous savons qu'il existait de la part du gouvernement un déni de vérité scientifique et une contestation de l'autorité médicale, avec pour conséquence le refus de distribuer les médicaments pouvant sauver des millions de vies. Sur cette position du Président, une controverse a émergé. La controverse a opposé deux camps, le « côté du président » encore appelé camp de « l'hétérodoxie » qui doute de la relation du VIH avec le sida, et le côté de « l'orthodoxie » composé d'activistes, d'experts et d'opposants.¹⁶⁶ Là où le premier rassemble des personnes et des groupes adhérant à un même projet politique (« Renaissance africaine ») et à une même vision du monde, le second réunit des acteurs dont le souci de faire reconnaître la vérité et de soigner des malades est le plus petit dénominateur commun.

Du côté des activistes et singulièrement de ceux de la Treatment Action Campaign (TAC), leader des mouvements de lutte contre le sida, c'est une conviction de nature morale qui les anime. Leur cause, c'est de sauver des vies, celles des enfants à naître, celles des malades qu'un traitement pourrait prolonger. Ces militants seront sans pitié pour celles et ceux qui s'opposent à leur mission. Leur stratégie (marches, défilés, dérision des leaders politiques, procès...) a permis des avancées décisives dans la lutte contre le sida, notamment à la suite des procès

¹⁶⁴ ONUSIDA 2008

¹⁶⁵ Les dissonances de la politique gouvernementale ont opposé Mbeki à la communauté scientifique et aux associations de malades en matière de sida. L'ancien Président avait en effet émis des doutes sur la relation entre le VIH et le sida, invoquant plutôt des hypothèses nutritionnelles et sociales : la pauvreté.

¹⁶⁶ Si le premier camp se fédère autour d'un rapport à l'histoire, et aux conditions sociales du développement de la maladie, le second procède plutôt d'un consensus autour du sida. Didier Fassin, Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du sud, La Découverte, Paris, 2006

intentés contre le gouvernement. Dans leur combat, ces activistes disposent d'un atout important, l'expérience acquise dans les mouvements de résistance durant la période de l'apartheid. L'on peut dire que c'est grâce à ces activistes que des progrès notoires en termes d'accès aux médicaments et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont été enregistrés.

Par ailleurs, les enfants bénéficient d'une assistance médicale, nutritionnelle, psychologique et éducative grâce à la volonté du gouvernement de rattraper son retard, grâce aux allocations versées aux familles et aux communautés, grâce à la multiplication des centres d'accueil pour OEV. Plusieurs ONG avec l'appui des associations de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et d'aide à l'enfance assurent le suivi psychosocial de ces enfants et travaillent en collaboration avec le gouvernement pour le soutien aux familles. Le programme de soutien aux OEV et à leur famille s'inscrit dans le NSP 2007-2011 (National Strategic Plan). Seule la PTME fait l'objet d'un programme spécifique¹⁶⁷. Il est important de souligner ici que les enfants ont été le principal ressort des campagnes pour les médicaments lors des mobilisations collectives menées par les associations. Les analystes de la situation épidémiologique du sida en Afrique du sud s'accordent pour dire que si les résultats actuels en matière de lutte contre le sida en Afrique du sud sont plutôt « bons » par rapport à certains pays d'Afrique quoiqu'insuffisants, ils masquent mal ce qui aurait pu être fait s'il n'y avait pas eu la controverse, car si elle n'a pas explicitement contribué à l'avancée l'épidémie, elle a freiné les efforts d'éducation, de prévention et de prise en charge.¹⁶⁸

Au-delà du déni

Le sida en Afrique du sud a constitué une épreuve particulièrement délicate pour le gouvernement Mbeki¹⁶⁹. Le refus de reconnaître le lien causal entre le VIH et le sida comme la difficulté d'inscrire l'accès universel aux médicaments comme priorité de l'action gouvernementale marquent l'entrée du politique sur la scène du sida et ont fait de l'histoire du sida en Afrique du sud une *chronique*¹⁷⁰. Sur la

¹⁶⁷ South Africa 2008, Country Progress Report

¹⁶⁸ Amy Pattersson (2005, 2006).

¹⁶⁹ Thabo Mbeki, ancien Président de la République sud africaine. 1999-2008

¹⁷⁰ Didier Fassin, « Chronique sud africaine du sida », in ÉTUDES, N° 4036, Décembre 2005

scène mondiale comme sur la scène nationale, l'affaire a trop rapidement été interprétée en termes de *déni*.

La polémique sud-africaine autour du sida est devenue publique à l'échelle planétaire à l'occasion de la parution dans le *Washington Post* d'une lettre adressée le 3 avril 2000 par le président Thabo Mbeki aux « *world leaders* », dans laquelle il défendait sa recherche d'une réponse « spécifique et ciblée » à une infection dont les caractéristiques lui semblaient différentes de ce qu'avaient connu les pays industrialisés¹⁷¹. Pour le Président sud africain en effet, les causes du sida étaient à rechercher du côté de l'extrême pauvreté dans laquelle vit la grande majorité de la population. Ces hypothèses lui ont valu les foudres des médecins, des journalistes, des politiciens, des experts etc. Selon Didier Fassin, l'on a caricaturé la pensée du chef de l'Etat et refusé d'en saisir la rationalité en reconnaissant le bien fondé d'une interprétation sociologique.

Même si le VIH était l'agent causal du sida, la maîtrise de l'épidémie ne devrait pas faire oublier les questions sociales, politiques et économiques qui se posent de manière forte dans le pays. L'ancien chef de l'Etat a voulu montrer une autre image de l'africain dont l'analyse en matière de sida lui paraissait injuste¹⁷². Son analyse s'inscrit dans « *une histoire collective faite de violences politiques et sociales dont le sida n'est pas un aboutissement, mais un épisode de plus* ».

Le Président Thabo Mbeki s'est voulu le porte-parole du continent sur la question du sida. Son attitude, qu'on peut restituer dans le cadre du discours sur la « renaissance africaine » s'inscrit dans son vaste et ambitieux projet panafricain dont le but est de permettre à l'Afrique d'être productrice de son propre sens¹⁷³. C'est de ce projet politique que sont nées les dissonances qui l'ont opposé à la communauté internationale de manière générale, et à la communauté scientifique en particulier.

Les discours contradictoires du Président sud africain et ses déclarations dissidentes sur le virus du sida montrent certes une difficulté à gérer une situation problématique dans un pays dont la recomposition passe aussi par la quête de

¹⁷¹ Didier Fassin, op cit.

¹⁷² L'anthropologie du sida s'est longtemps restreint en Afrique à la seule analyse des comportements dits à risque. (cooutumes des indigènes, promiscuité sexuelle etc.)

¹⁷³ Sur la Renaissance africaine, lire L. Sindjoun et Venesson, « unipolarité et intégration régionale : l'Afrique du sud et la renaissance africaine », *Revue Française de science Politique*, 2000, 50 (5). P. 915-940

nouveaux repères sociaux¹⁷⁴, mais ils démontrent aussi l'engagement politique d'un homme qui n'a pas voulu se taire, qui a choisi d'avancer presque à contre courant, pour aller jusqu'au bout de son projet, un projet dans lequel l'africain est appelé à se voir et à être vu sans ses défroques. Mais c'est du côté des mobilisations collectives, notamment de la TAC, Treatment Action Campaign que viendront les revendications et actions en faveur des enfants. Les enfants ont en effet constitués pour nombre d'associations, le ressort des campagnes pour les médicaments. Campagnes qui ont abouti, avec la mise en cause du gouvernement par la justice, sommé de rendre ouvert l'accès aux ARV à tous les patients éligibles souffrant de sida.

L'on a légitimement critiqué la mise en cause par le Président Mbeki de faits scientifiquement établis et son refus réitéré de mettre les traitements antirétroviraux à la disposition des malades. Aujourd'hui les antirétroviraux sont enfin disponibles. Mais c'est au prix d'une bataille juridique âpre menée par l'ancien chef de l'Etat contre les industries pharmaceutiques pour tenter de disposer des ARV à prix réduit.

La dramatisation de la situation épidémiologique sud africaine, bien compréhensible au regard de la gravité du problème, a souvent conduit à court-circuiter le temps de l'observation et de l'analyse¹⁷⁵. La « dissidence active » du gouvernement sud africain a peut-être causé plus de torts que de bien. Cependant, une autre approche montre qu'elle a permis à l'Afrique du sud d'orienter sa riposte vers *une politique sociale de la santé publique*. Conscients que les risques d'être contaminés, la durée de survie et le bien-être des femmes, des hommes et des enfants sont étroitement liés à l'environnement matériel et humain dans lequel vivent les personnes, le gouvernement a décidé d'agir sur cet environnement car les conditions de vie et les écarts de ressources sont aussi importants qu'administrer les antirétroviraux¹⁷⁶.

Sur les trois pays que nous étudions, l'Afrique du sud est paradoxalement celui qui traite au mieux la question des OEV (Tableau 4 et 5). S'arrêter à

¹⁷⁴ Dominique Darbon (dir.), L'après-Mandela : enjeux sud africains et régionaux, Karthala, Paris, 2000

¹⁷⁵ Didier Fassin, Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud, La Découverte, Paris, 2006

¹⁷⁶ Didier Fassin, Afflictions : L'Afrique du sud, de l'apartheid au sida, Paris, Karthala, 2004

l'implication politique serait sans doute réduire les progrès dans la lutte contre le sida à la seule volonté politique des dirigeants et des mobilisations collectives. Or Il n'en est rien et comme nous l'avons souligné plus haut, les avancées enregistrées dans la lutte contre le sida sont le produit de la conjonction de plusieurs facteurs parmi lesquels l'engagement politique compte. Mais certaines caractéristiques de l'Etat plus que d'autres peuvent expliquer les différences de résultats affichés ici et là, et également les configurations d'acteurs (tableau 7).

3. L'importance d'une approche comparative Cameroun-Ouganda-Afrique du sud

Après avoir présenté l'analyse comparative, nous identifierons les éléments de pertinence d'une comparaison entre le Cameroun, l'Ouganda et l'Afrique du sud.

3.1. L'analyse comparative

Par comparaison, il faut entendre la mise en regard, la confrontation d'au moins deux cas sous un angle particulier, défini par le chercheur. Selon Sartori, « comparer, c'est à la fois assimiler et différencier par rapport à un critère ». La démarche comparative se rapporte donc à une méthode d'étude, un cadrage spécifique de la réalité à objectiver, qui consiste à comparer, assimiler et différencier par rapport à certaines de leurs propriétés, qu'ils ont en commun, mais ne pas l'être quant aux propriétés qu'ils ne partagent pas¹⁷⁷. L'approche comparative est à la fois une branche spécialisée de la science politique avec ses méthodes, ses objets et ses auteurs ; mais c'est aussi une ouverture d'esprit, c'est-à-dire un modèle de questionnement particulier sur les phénomènes politiques¹⁷⁸. Il s'agit d'abord de déterminer les avantages d'une approche comparative et plus particulièrement pour l'étude des politiques publiques, pour voir ensuite comment elle peut concrètement être mise en œuvre pour l'action publique des OEV.

¹⁷⁷ Giovanni Sartori, 1994, p.22 cité par Cécile Vigour, *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*. La Découverte, Paris, 2005.

¹⁷⁸ Madeleine Grawitz, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2000

L'intérêt de l'approche comparée en science politique pour l'analyse des politiques publiques

L'analyse comparative est apparue très vite en science politique pour l'étude des partis politiques, des élections ou des institutions : dès 1896 avec A. L. Lowell dans *Government and parties in continental Europe* ou encore avec L. Bryce dans *Modern Democracies* en 1921¹⁷⁹. Elle se limite alors à la comparaison entre zones géographiques dans l'espace socioculturel occidental, le reste du monde étant dominé par des études monographiques. Les comparaisons internationales suscitent un regain d'intérêt à partir des années 1960, en particulier dans le contexte de l'affrontement Est/Ouest, puis dans le contexte de la décolonisation et de l'émergence du tiers-monde. On compare alors avec les pays nouvellement indépendants, les pays du sud, dans le but de mieux montrer les tares, retards, les écarts ou les impasses de l'importation de modèles occidentaux, considérés comme uniques et indiscutables. Et puis, vient la crise : on commence alors à douter de l'universalité du modèle occidental, certains soulignent l'importance de véritables « inventions du politique » au Sud (les Objets Politiques Non Identifiés-OPNI, les Modes Populaires d'Action Politique- MPAP etc.). On commence aussi à comparer entre le Nord et le Sud sans a priori culturalistes.

B. Badié a écrit : « La rigueur et la validité d'une science s'apprécient souvent en fonction de son aptitude à comparer, à recenser, entre objets relevant d'une même catégorie, des ressemblances et des différences, à distinguer ainsi entre l'universel et le particulier, entre ce qui est récurrent et ce qui est accidentel »¹⁸⁰. Tel est le cas pour les politiques publiques en science politique. L'approche comparative permet de comprendre un phénomène tel que les politiques publiques des OEV de façon complète, de relativiser l'universalité d'un raisonnement de type *la difficulté de la prise en charge multisectorielle des OEV est valable dans tous les pays africains touchés par le sida* et de se libérer de tous les biais culturels.

¹⁷⁹ Cécile Vigour, 2005, op cit.

¹⁸⁰ « L'analyse comparative en science politique : requiem ou résurrection ? » Bertrand Badie, in *La politique comparée en questions*, B. Badié, J. Blondel, J. L. Seurin, Armand Colin, Paris, 1996.

La comparaison constitue dans les sciences sociales une approche très féconde car elle nous aide à mieux comprendre le réel¹⁸¹. Grâce à cet outil, on prend de la distance par rapport à ce qui nous est familier. Et l'invitation à la prise de distance du chercheur par rapport à ce qui lui est familier à travers la rupture avec les prénotions constitue l'une des principales règles de la méthode définie par Emile Durkheim. Le chercheur, nous dit Durkheim doit s'affranchir de ses sentiments, des préjugés parfois bien ancrés et donc rompre avec le registre de l'opinion. La comparaison, entre pays notamment ou dans le temps, rend plus nécessaire et plus visible ce travail de rupture épistémologique que le chercheur doit accomplir.

Pour quoi comparer le Cameroun avec l'Ouganda et l'Afrique du sud alors que de prime à bord rien ne les rapproche, ni les dynamiques épidémiologiques, ni les mobilisations collectives, ni les dynamiques historiques et politiques ? Pour deux raisons qui nous sont apparues l'une *a priori* et l'autre au fil des lectures : premièrement, il s'agit d'illustrer la diversité des situations que vit l'Afrique en matière de sida afin de rompre avec une vision trop généraliste et limitative selon laquelle « le sida va rayer l'Afrique de la carte du monde ». Deuxièmement, la mise en perspective historique de l'évolution de la prise en charge des OEV dans les trois pays que nous avons choisi de comparer, permet de remettre en cause l'idée d'une *nouveauté* dans l'organisation de la lutte contre le sida en Afrique. Une telle comparaison rend compte de certaines permanences qui font obstacle à l'action publique des OEV : une certaine *négligence* des questions ayant trait à l'enfance (absence de débat sur la question), et une constante appropriation-apprentissage des enjeux développés à l'extérieur. Cela permet de comprendre la problématique des capacités de l'Etat dans les politiques de lutte contre le sida, et implicitement celle de la multisectorialité dans les politiques publiques en Afrique.

3.2. Une approche comparative de l'action publique multisectorielle des OEV : caractéristiques de l'Etat et impact sur la prise en charge.

¹⁸¹ Cécile Vigour, 2005, op cit.

Dans cette partie nous voulons montrer que plus un Etat est fort (institutionnellement, financièrement), plus il a des chances de gérer au mieux les défis de la prise en charge des OEV. Comme nous l'avons souligné plus haut, les caractéristiques de l'Etat influencent la constitution des problèmes publics. En effet, l'analyse des politiques publiques du sida en Afrique ne peut être séparée d'un examen des institutions¹⁸² dans lesquels les décisions publiques sont prises. En tant que *mises en formes d'une réalité sociale et en même temps réalité sociale qui se met en forme*, les institutions sont révélatrices des capacités de fonctionnement d'un Etat.

Même s'il est indiscutable que les institutions comptent (*institutions matter*), il paraît aussi indéniable que le *State capacity* et le *leadership by government* comptent aussi. A partir de l'étude des politiques publiques des OEV au Cameroun, et sur la base d'un rapport conjoint de la Banque Mondiale et de l'ONUSIDA datant de 2005¹⁸³ qui mesure l'impact de certains aspects de l'Etat sur l'Indice d'Efforts et de Programmation des gouvernements sur le sida, on peut dégager trois principales variables qu'il convient de mettre en perspective : le degré et les modalités de l'engagement politique sur la question des OEV, le poids des acteurs internationaux, le degré de dépendance des acteurs nationaux, et les capacités de l'Etat.

Tableau 6: Expected relationships between State Aspects and AIDS Program Efforts on Orphans and Vulnerable children.

Level of State centralization*	Level of neopatrimonialism*	Level of State capacity*	Leadership by governments*	Level of financial dependence*	Predicted Score*
High	High	Low	High	High	Low (<64)
High	High	High	High	Low	High (>64)
Low	Low	Low	Low	High	Low (<64)
Low	Low	High	Low	Low	High (>64)

Source: Derived from author's hypothesis based on data from World Bank (2005b, 2005c) and USAID et al. (2003,31).

*High centralization= rule-of-law and voice-and-accountability scores under 50; high neopatrimonialism=corruption score under 50; high state capacity=GNI per capita over \$826. Leadership by government= political speech on AIDS and AIDS Orphans under 50; level of financial dependence= international donors funds under 50.

¹⁸² On entend par institution l'ensemble des règles, de procédures impératives et de pratiques standards qui structurent les rapports entre individus. Dictionnaire des Politiques Publiques, op cit

¹⁸³ UNAIDS 2005b

Le tableau 6 démontre en fait que la centralisation élevée, le neo patrimonialisme et la dépendance financière produiraient un faible score dans l'indice d'effort et de programmation sur le sida. En revanche, des capacités financières suffisantes et un engagement politique ferme sur la question dans le pays seraient favorables à un score élevé.

Tableau 7: State centralisation, Neo patrimonialism, capacity, and AIDS Program Effort Index (API) Scores

Country	Centralization		Neo patrimonialism Corruption (percentile)	Capacity GNI/capita (\$US) (2004)	API Score (2003)
	Rule of law (percentile) (2004)	Voice And accountability (percentile) (2004)			
South Africa	60.9	72.3	70.9	\$3.630	75
Uganda	25.6	30.6	30	\$270	76
Cameroon	11.0	19.2	12.6	\$559.9	48

Source: Compiled by author from World Bank (2005b, 2005c), USAID et al. (2003, 21) and United Data country profile¹⁸⁴

Note: The numbers given are a percentile rank from 1-100. The number indicates the percentage of countries worldwide that are above or below the country listed. For example, 25.6 percent of the world's countries rank below Uganda in rule of law, and 89.3 percent rank above it in political stability.

Le continent africain est sujet à une diversité de situations qu'il convient de présenter. Les déclarations suivantes :

- *"Whether I would take an HIV test or not, I think is irrelevant to the matter"*¹⁸⁵.

- *"Here in Uganda...we have HIV/AIDS a face because a faceless enemy is a very dangerous enemy. Denial and concealment, we realized, would not get rid of the disease, but only make it worse"*¹⁸⁶.

reflètent quelque peu les différentes approches du sida chez les leaders politiques africains : la distance de Mbeki et le désir de s'attaquer franchement à la maladie

¹⁸⁴ Les quatre caractéristiques sont tirées de l'analyse que fait Amy Patterson dans, *The Politics of AIDS in Africa*, op cit.

¹⁸⁵ South African President Thabo Mbeki, Interview cited in *Prospect*, February 21, 2002.

chez Museveni. En revanche sur le sida au Cameroun, nos recherches n'ont trouvé aucun discours officiel du Président Biya à part quelques vagues déclarations sur les défis qui attendent le Cameroun¹⁸⁷, et le Décret du 7 Mai 2007 portant sur la gratuité des ARV. En revanche, la Première Dame du Cameroun, Mme Chantal Biya s'est particulièrement impliquée dans ce domaine au point qu'elle a reçu en 2008 une distinction de l'UNESCO. S'il est vrai que le sida en Afrique s'est d'abord constitué en « objet politique » au début de l'épidémie¹⁸⁸, la question du sida chez les enfants en revanche a reçu très peu d'attention et fait l'objet de très rares, presque inexistantes mobilisations collectives. Seules les associations sud africaines et particulièrement la TAC ont utilisé la vulnérabilité des enfants au sida comme principal ressort des campagnes pour les médicaments.

A travers le tableau 7, nous voyons que les avancées consenties sont inégales suivant les pays. Alors que le Cameroun continue de présenter un résultat très en dessous de la moyenne, l'Ouganda et l'Afrique du sud voient leurs investissements relativement récompensés. Ceci est principalement dû au fait que l'Ouganda ait été le premier à s'investir fortement dans la lutte contre le sida, à travers l'engagement politique de son Président, Yoweri Museveni. L'Afrique du sud selon l'avis des experts aurait pu faire mieux. En Afrique du Sud, la polémique suscitée par les déclarations du président Mbeki et de son ministre de la Santé sur les causes du sida et l'efficacité des traitements, ont quelque peu freiné et remis en question les efforts de lutte entrepris par les associations d'où son faible score par rapport à l'Ouganda. Ce qui revient à dire selon les auteurs de ce rapport que l'engagement politique est un puissant facteur de lutte contre le sida, en complément des capacités financières. Enfin au Cameroun, la modicité des résultats pourrait être attribuée au manque de moyens financiers, matériels et humains, mais surtout à l'absence de débat politique sur les questions relatives au sida ce qui freine considérablement le développement à l'échelle du pays des politiques de prise en charge des malades et des OEV.

¹⁸⁶ Ugandan President Yoweri Museveni, *National speech on World AIDS Day, December 1, 2003*

¹⁸⁷ Lors d'une interview qu'il a accordée à *France 24* le 01 Novembre 2007, le Président Biya avait affirmé que la priorité était à la lutte contre la corruption, le sida et la pauvreté.

¹⁸⁸ Marc-Eric Gruénais, Karine Delaunay, Fred Eboko et Eric Gauvry, «Le sida en Afrique, un objet politique ? [1](#)», *Le bulletin de l'APAD*, n° 17, *Anthropologie de la santé*, [En ligne], mis en ligne le : 22 septembre 2006. URL : <http://apad.revues.org/document476.html>. Consulté le 28 juillet 2009.

La différence des résultats ici est également dû au fait que les États ne disposent pas des mêmes ressources. Alors que l'Ouganda a été largement subventionné par des agences et fondations américaines, l'Afrique du Sud compte principalement sur ses propres revenus pour financer ses politiques. Dans la province du Guteng, l'une des provinces les plus touchées par le phénomène OEV par exemple, ce sont les élus et les élites locaux aidés par le gouvernement qui ont financé les campagnes de prise en charge des OEV. Ce sont eux qui fournissent des fonds et des dons aux différentes associations de lutte contre le sida¹⁸⁹. De son côté, le Cameroun, même s'il bénéficie d'aides internationales, de l'ordre de 71% à peu près manque encore de moyens financiers pour soutenir ses politiques, et cette dépendance empêche de se projeter plus loin que la durée des programmes en cours.

En outre les caractéristiques comme la centralisation ou le néo patrimonialisme peuvent servir à expliquer cette différence de résultat. La centralisation du pouvoir conduit à concentrer toutes les demandes et tous les intérêts particuliers sur un point, rendant les négociations très difficiles et contribuant à la prébendation de l'Etat. L'absence de contrôle conduit à la mauvaise gestion. Cet argument développé notamment par Jean François Médard ou Dominique Darbon¹⁹⁰, et repris ici à notre compte, nous permet d'établir un parallèle entre centralisation de l'Etat, multisectorialité, néo patrimonialisme et politique publique des OEV en Afrique. Il s'avère difficile de gérer la multisectorialité dans un contexte d'Etat faible et faiblement institutionnalisé comme au Cameroun. Les institutions structurent les stratégies d'acteurs et donnent aux autorités publiques et aux institutions collectives une capacité de structuration forte des politiques publiques¹⁹¹. Or lorsqu'elles sont faibles et impotentes comme c'est le cas au Cameroun et en Ouganda, elles contribuent plutôt à une dispersion et à l'incohérence de l'action publique du fait de l'autonomisation des différents secteurs et de la faiblesse des arènes de médiation intersectorielle comme le CNLS.

¹⁸⁹ [http:// www.avert.org/aidssouthafrica.htm](http://www.avert.org/aidssouthafrica.htm)

¹⁹⁰ Dominique Darbon, *State Building in Africa: understanding state making in a context of projection*. Cours 5A PDAPS/IEP Bordeaux: suite cours JDBDG: 2009

¹⁹¹ Gilles Masardier, 2003, op cit

La principale raison pour laquelle l'Afrique du sud a un score API élevé tient à ses capacités financières plus importantes que celles des deux autres pays. Par ailleurs, parce que la gestion des programmes de lutte est moins centralisée, et le niveau de corruption et de détournement de fonds faibles (tableau 7), on pourrait conclure **qu'une forme de gouvernance multisectorielle et multi acteurs est d'autant plus susceptible d'être efficace que l'Etat est fort, sa société structurée et l'engagement politique ferme**. Si l'Etat ougandais est lui aussi, malgré ses ressources limitées et des problèmes de centralisation et de néo patrimonialisme, un acteur qui compte, c'est grâce au leadership de son président et à une ouverture diplomatique réussie dans le domaine du sida. Il a réussi à mobiliser des groupes à l'intérieur comme à l'extérieur du pays. L'ensemble des mesures politiques qu'il a prises lui a valu le titre de modèle et donc un score API prévu supérieur à celui du Cameroun avec qui il partage pourtant les mêmes caractéristiques.

C'est dans l'optique de la coopération internationale, avec ses contraintes imposées qu'il faut souligner la faible marge de manœuvre dont dispose le gouvernement camerounais. Mais la légitimité de son attitude et de ses dispositifs institutionnels face à la question du sida reste son principal point de faiblesse. En outre, la gestion néo patrimoniale des fonds d'aide à la lutte contre le sida¹⁹² rend problématique l'organisation de la prise en charge pour un accès effectif des familles et des enfants aux financements déboursés. L'absence de débat sur la scène politique, révèle la relative absence des groupes sociaux sur lesquels devrait s'appuyer et s'inspirer une politique publique¹⁹³.

3.3. Quelques considérations méthodologiques

Toute méthode d'investigation doit être réfléchi en fonction de l'objet de recherche et de ses préalables. Toute recherche s'appuie donc d'abord

¹⁹² Des études ont montré que les élites politiques utilisaient les fonds qu'ils percevaient des réseaux internationaux pour s'acheter ou faire plaisir à leur clientèle. A ce sujet, lire Alex De Waal, *AIDS and Power. Why there is no political crisis – yet*, African Arguments, Zed Books, London, 2006

¹⁹³ Pierre Muller, *Les politiques Publiques*, 2008, op cit

nécessairement sur la littérature disponible sur le sujet. Outre la littérature thématique (sur le sida, les enfants en temps de sida, les OEV) et celle en science politique sur chaque cas (Cameroun, Ouganda, Afrique du sud), nous allons opté pour la mobilisation des travaux en science politique sur les politiques publiques en général. Ce choix s'inscrit dans notre volonté d'éprouver la banalité des terrains africains. Pour la suite de nos recherches, nous aurons recours à un éventail méthodologique allant de l'observation directe aux ressources documentaires, en passant par les entretiens et des enquêtes de terrain. Ces techniques de collecte de données seront présentées tour à tour.

L'observation directe

Ce travail d'observation de la réalité nécessite plusieurs descentes sur le terrain, lesquelles vont nous permettre d'analyser la situation des enfants en temps de sida dans les trois pays : Combien ils sont, dans quelles conditions ils vivent, qui les accueillent, où vivent-ils ? Quels sont leurs besoins (couverts et non-couverts) ? Quels sont les acteurs de leur prise en charge ? Le Cameroun nous l'avouons nous est d'une plus grande familiarité, parce que c'est notre pays d'origine et que nous le connaissons forcément mieux que les deux autres. Notre intérêt pour l'Ouganda et l'Afrique du sud n'est pas antérieur à la présente recherche. Mais les premières informations recueillies sur la lutte contre le sida dans ces pays ont commencé à rendre stimulante leur découverte. Que des investigations au Cameroun nous soient a priori facilitées du fait de notre intimité génétique n'interdit cependant pas un même investissement sur le plan empirique en Ouganda ou en Afrique du sud.

Les entretiens individuels

Procédés très utiles pour obtenir des renseignements, les interviews demandent un choix rigoureux de personnes à interroger, l'élaboration d'un questionnaire pertinent et une grande patience pour son traitement et son dépouillement. Pour travailler sur les politiques publiques des OEV, il est nécessaire de mener des entretiens individuels avec les responsables des différents programmes de soutien

et de protection aux OEV dans les représentations internationales comme des structures gouvernementales. Nous allons aussi discuter avec des professionnels, des chefs d'équipe et/ou de projet, des responsables communautaires (ONG et Associations locales), des familles des enfants et des enfants eux-mêmes. Nous projetons de participer s'il est possible aussi aux ateliers de travail concernant le sida chez les enfants.

L'étude documentaire

De nombreuses sources d'informations existent dans les trois pays, et même en dehors. A propos du sida en Ouganda et en Afrique du sud, les travaux de recherche réalisés au CEAN par exemple constituent une source d'informations très riche. Le Cameroun malheureusement ne bénéficie pas d'une quantité aussi impressionnante de travaux, mais des recherches existent sur des aspects spécifiques de la lutte contre le sida qu'on aurait tort de négliger (cf les travaux de Fred Eboko). Différents rapports et documents stratégiques communiqués par les institutions internationales, les autorités gouvernementales, communautaires...seront mis à contribution, les dossiers de presse aussi.

Conclusion troisième partie

L'examen des institutions en Afrique nous fournit une clé pour comprendre les politiques publiques de lutte contre le sida. L'approche comparée nous a permis de voir dans quel contexte s'est organisée la réponse au problème des OEV, à partir de sa constitution jusqu'à sa mise en œuvre. Les trois pays choisis illustrent bien la diversité des situations épidémiologiques et institutionnelles qu'on retrouve en Afrique. De fait, la place de l'Etat varie énormément, que l'on soit dans des situations de dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds, ou dans des situations d'autonomie financière et de décentralisation.

L'évaluation de la lutte contre le sida dans ces trois pays montre que bien que les carences de l'Etat sont un facteur important dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique publique, le leadership politique compte et énormément. Le pouvoir politique a en effet une capacité d'initiative par nature supérieure à celle de l'administration. Et cette faculté de décider qui nait de la position hiérarchiquement supérieure de l'homme politique (le Président, le Premier Ministre etc.) l'autorise à étendre plus largement sa compétence. Malheureusement, le traitement politique est aussi marqué par l'absence de suivi/coordination des décisions, ce qui explique les distorsions et les dispersions de l'action publique. Cela est d'autant plus vrai que la question de la prise en charge des OEV, un enjeu multisectoriel, manque d'attention suffisante. Et à ce titre, parce qu'elle contribue à légitimer l'action de l'Etat, elle est donc indissociable de la figure de l'Etat. L'instauration d'une politique nationale de santé publique (ici les OEV) et les résultats favorables qu'on pourrait lui attribuer contribuerait dans l'esprit des promoteurs, à fonder, dans les faits, la légitimité du pouvoir qui n'en posséderait guère en droit. A l'inverse, lorsque les pouvoirs publics sont mis en défaut sur de grands problèmes de santé, ce sont les fondements mêmes de l'Etat qui sont ébranlés¹⁹⁴. Si cette affirmation s'est avérée vraie dans le cas sud africain et dans une moindre mesure le cas ougandais, sa traduction dans les faits dans le contexte camerounais est très relative.

¹⁹⁴ Didier Fassin, L'espace politique de la santé, op cit.

Conclusion générale

A l'issue de cette recherche, nous allons présenter une synthèse de nos travaux. Nous indiquerons ensuite les principaux apports de ce mémoire et soulignerons ses limites avant de proposer des perspectives de recherche.

Ces dernières années ont vu une recrudescence d'initiatives et de ressources dans la lutte contre le SIDA. Selon un rapport de l'ONUSIDA 2007, intitulé *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, le financement pour le sida a augmenté de manière exponentielle, passant de moins de 300 millions de dollars en 1996 à quelque 10 milliards de dollars pour 2007. Dans les pays à faible et moyen revenus, les dépenses nationales consacrées à la lutte contre le sida ont elles aussi progressé pour représenter environ un tiers des sommes affectées à l'effort mondial de lutte contre le sida¹⁹⁵. Bien que cet afflux tant attendu de fonds présente un potentiel très important pour l'amélioration de la vie des millions d'enfants affectés d'une manière ou d'une autre par la maladie, l'impact de l'épidémie sur les enfants n'a toujours pas reçu l'attention nécessaire¹⁹⁶. En outre, la nature multisectorielle de la lutte contre le VIH rend difficile le contrôle de l'utilisation des fonds au niveau des pays. Non seulement il est difficile de savoir quel pourcentage des fonds affectés à la lutte contre l'épidémie au niveau mondial est spécifiquement consacré à l'amélioration de la vie des enfants, mais la coordination des différentes initiatives demeure problématique.

Le même problème se pose au niveau national mais à un tout autre degré. « L'approche multisectorielle » concerne différents domaines relevant de plusieurs ministères en l'occurrence le secteur de la santé publique, celui de l'éducation, celui des affaires sociales, celui de la coopération internationale etc. Pour qu'elle soit effective et efficace il faut une grande coordination et une médiation¹⁹⁷ entre les secteurs. Or au Cameroun comme on l'a démontré plus haut, l'action transversale de lutte contre le sida est marquée par une forte centralisation, ce qui

¹⁹⁵ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Rapport 2008 sur l'épidémie mondiale de SIDA

¹⁹⁶ Unicef, La situation des enfants dans le monde : la survie de l'enfant, 2008

nuit à la prise en charge des OEV sur l'ensemble du territoire. Cela confirme à tout point de vue le constat que fait Andy Smith selon lequel, nonobstant l'invention de politiques publiques explicitement transversales ou multisectorielles, l'institutionnalisation de la coopération intersectorielle demeure difficile¹⁹⁸.

Le nombre d'acteurs impliqués dans la prise en charge ne facilite pas toujours cette médiation, encore moins les insuffisances dont souffre le CNLS. Les bailleurs de fonds et les organisations internationales orientent la politique nationale, fixent les objectifs et les moyens de les atteindre. Et parce que ces directives sont conçues à l'extérieur et importées de manière plus ou moins standardisée sur le terrain africain et camerounais en particulier, parce qu'il n'y a jamais eu sur la scène politique camerounaise un débat sur la question, encore moins une mobilisation visible des groupes sociaux, la question de la prise en charge ressort plus d'un problème dont les autorités publiques se sont appropriés que d'une véritable construction sociale, née de l'interaction entre individus, selon la conception que donnent Peter Berger et Luckman d'un problème social.

Cette importation de conceptions, de logiques et de techniques non accompagnées par les transformations que requièrent une « approche multisectorielle » et les principes qui la soutendent, notamment la décentralisation et la médiation ont produit un effet de dispersion de l'action publique. Ainsi malgré l'existence d'un Comité National de Lutte contre le Sida dont le but est de coordonner les politiques publiques du sida sur le territoire national, nous assistons à des schémas qui mettent en lumière des chevauchements entre "décentralisation", "déconcentration", "dévolution" et "privatisation". Chacune de ces figures est présente dans la répartition structurelle des actions de lutte contre le sida, par les effets des différentes interventions qui font du CNLS et de l'Etat camerounais un acteur parmi d'autres.

La centralisation des actions et des acteurs à Yaoundé et la relative absence de projets dans les provinces qui ne sont pas couvertes par un partenaire bilatéral comme la Coopération française ou l'agence de coopération technique allemande

¹⁹⁷Le mot médiation est employé ici dans son acception la plus large comme une pratique qui vise à définir l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation de l'information.

¹⁹⁸ Andy Smith, *La médiation intersectorielle comme objet de recherche en science politique* : concepts et hypothèses, note préparée pour une réunion du GT5 de PRODDIG, Bordeaux, le 2 mai 2006

(GTZ) sont le corollaire de la verticalité des directives et des initiatives internationales, et aussi de la très grande force centrifuge de l'Etat camerounais. En effet, il apparaît que tous les projets OEV qui sont représentés sur l'échiquier de la lutte contre le sida au Cameroun, le sont au gré des interventions étrangères, multilatérales, bilatérales et des organismes privés sur lesquels Yaoundé la capitale exerce une forte attraction.

Au rang des difficultés de l'« approche multisectorielle », la médiation intersectorielle est un enjeu d'envergure. L'enchevêtrement des sphères d'activités, des groupes et des institutions, et en particulier l'imbrication de l'espace du politique et des espaces sociaux, est l'une des questions redoutables posées à la science politique. Les études les plus classiques sur la sociologie des organisations reconnaissent que les échanges entre institutions ont des effets sur l'existence de chacune d'entre elles. Ils forgent et rappellent sans cesse les frontières qui identifient et séparent les institutions, ils constituent en outre un facteur important de changement au sein de chaque institution, parce qu'ils permettent l'influence réciproque. C'est au cours de cet échange que sont mis en jeu différents savoirs, arguments et expériences. Et comme le souligne Andy Smith, il n'est pas dit que le résultat de ces rencontres soit la simple « intégration » des règles et des savoirs dominants dans chaque institution. Elles peuvent conduire à des formes inédites résultant de l'agrégation des volontés, de l'asymétrie des ressources mobilisées par chaque acteur, du « style » propre de certains responsables mais aussi et cela est important, du contexte dans lequel ces rencontres ont lieu¹⁹⁹. Elles peuvent aussi conduire à des luttes organisationnelles classiques comme en sociologie des administrations et des organisations. Parce que la prise en charge des OEV requiert l'attention de plusieurs acteurs à la fois dont les logiques ou cadres d'action diffèrent fondamentalement, une médiation intersectorielle s'avère ici indispensable.

Mais comment organiser une médiation lorsque le Programme National de Lutte contre le Sida présente des insuffisances allant d'un manque de ressources à une faiblesse organisationnelle ? Pour que « l'approche multisectorielle » dans l'action publique des OEV soit profitable au plus grand nombre d'enfants comme

c'est l'objectif du PNS-OEV, elle suppose l'existence d'un cadre de règles prévisibles et acceptées librement par tous, sous l'impulsion des représentants légalement choisis, agissant selon la loi tout en essayant par tous les moyens de garder le lien avec les autres acteurs. Non seulement les dispositifs mis en place dans le cadre de la lutte contre le sida restent faiblement institutionnalisés, mais les jeux d'institution apparaissent plus difficiles à jouer dans la mesure où une pluralité d'organisations et de groupes coopèrent simultanément et suivant diverses perceptions. « L'approche multisectorielle » contribue dans ce contexte à accroître la portée des questions institutionnelles, tant elle incite à associer des acteurs d'univers variés qui n'avaient peut-être pas l'habitude de coopérer antérieurement.

Le but de cette étude était de faire ressortir l'importance de la question des orphelins du sida dans les politiques publiques du sida en Afrique et au Cameroun en particulier. A travers la réponse nationale au sida, nous avons montré que la question des OEV s'était constituée tardivement, sous l'impulsion des acteurs extérieurs. Et cela révèle encore une fois la passivité de l'Etat camerounais face à un problème qui ne relève pas seulement de la santé publique, mais qui touche également à sa place et à son image dans la conduite des politiques publiques. Cette recherche a permis d'interroger la place de l'Etat dans les politiques publiques du sida, surtout dans un contexte où l'action publique doit obéir à une « approche multisectorielle ». Les faibles capacités de l'Etat, son niveau de centralisation élevée et sa gestion patrimoniale du pouvoir font partie des caractéristiques qui pénalisent l'action publique, surtout à la coordination de l'action multisectorielle.

Le problème des OEV par les difficultés qu'il soulève, nous fournit un miroir pour comprendre *l'Etat en action*. Il nous renseigne sur les dynamiques de l'action publique de lutte contre le sida et met en évidence deux constats : la question des OEV s'est constituée au Cameroun sans réelle implication de l'Etat, ni des groupes sociaux. Elle serait donc plus une offre politique internationale qu'une demande sociale nationale. Par ailleurs, la nature multisectorielle a montré certaines limites de l'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun.

¹⁹⁹ Andy Smith, op cit.

Le caractère importé des politiques de prise en charge des OEV, souligne plusieurs éléments importants :

- D'une part que les techniques et méthodes importées supposent une appropriation non seulement technique mais aussi cognitive et intellectuelle, et que si la technique est transférée, et que le background de significations et l'histoire de sa production ne sont pas transférés, cela entraîne des effets de dispersion et de perversion.
- D'autre part, que le détournement de ces techniques et méthodes, leur appropriation par les populations, leurs déviations, loin de se limiter à constater l'échec de ces méthodes indiquent au contraire qu'elles sont en cours d'*apprentissage*²⁰⁰.

C'est pourquoi, nous ne pouvons parler d'échec de la prise en charge des OEV au Cameroun. Il y aurait échec s'il y avait ignorance ou non utilisation pure et simple de ces questions, techniques, règles... qui existent déjà au niveau international. Or c'est bien le contraire, car il y aurait même une *surutilisation* de ces règles et de ces méthodes au niveau national (confère le PNS-OEV). Cette reprise très formelle et standardisée l'est certes de manière *déviante* mais il y a bien appropriation. Sur le plan de la reproduction à l'identique des schèmes et des institutions voulues par les organisations internationales, notamment en ce qui concerne « l'approche multisectorielle », on peut parler de relatif échec.

Au stade actuel de la lutte contre le sida au Cameroun et surtout de la réalisation des programmes de prise en charge des OEV, on peut parler de phase de réappropriation et d'apprentissage, ce qu'il convient de gérer et qui apportent de nouveaux éléments à la discussion. Ce n'est pas tant la multisectorialité, comme approche indispensable au fonctionnement de toute politique de lutte contre le sida, avec ses impératifs d'élargissement du cadre de l'action à plusieurs sphères d'activités qui est appréciée dans son effectivité ou non. Ce sont les divers usages et les défis auxquels elle se prête. Dans cette perspective, un inventaire des diverses ressources mobilisées par différents acteurs serait d'une grande utilité.

L'analyse de la situation au travers d'études et de rapports, nationaux et internationaux, ne permet malheureusement pas de rendre compte des relations quotidiennes des différents acteurs entre eux, des rapports qu'ils ont avec ces enfants, encore moins de définir l'impact réel de leurs politiques sur leur vie. Pour avoir une vision plus complète et plus concrète, il serait nécessaire d'approfondir l'étude par une enquête sur le terrain. Notre projet de thèse tentera de combler cette lacune en approfondissant les recherches dans les trois pays déjà identifiés, mais avec une interrogation plus profonde sur la multisectorialité dans les politiques publiques. A quelles conditions par exemple elle est appelée à réussir, à quelles exigences et à quelles méthodologies obéit cette approche, dans quelle mesure permet-elle de reconstruire un lien social entre différents secteurs, est-elle à la hauteur du problème, et **son institutionnalisation croissante ne fait-elle pas que révéler au grand jour l'incapacité croissante d'une société à inscrire dans ses cadres institués le plus grand nombre ?**

Même si de nombreuses mesures ont été prises (surtout au niveau international) pour limiter la précarité des conditions de vie des enfants, de nombreuses choses restent à faire. La participation des familles des enfants et adolescents dans la planification et la réalisation des actions est une possibilité pour obtenir une réponse optimale, puisqu'ils sont les principaux concernés. Ils devraient être considérés comme des acteurs importants, et non pas uniquement comme de simples destinataires des messages portant sur le VIH/sida et les bénéficiaires des programmes de lutte contre le VIH/sida.

²⁰⁰ Dominique Darbon, *State Building in Africa*, op cit.

Bibliographie

OUVRAGES

- BAYART, Jean – François *L'Etat en Afrique : la politique du ventre*, Fayard, collection « Espace du politique », Paris, 1994.
- Becker, Charles et Philippe, Denis : *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne : regards d'historiens. 1970-2000*. Vol 1, Paris, Karthala, 2006
- Candice Audemard et Kokou Vignikin ; Annabel Desgrées du Loû (dir.).Cédérom « *Orphelins et enfants vulnérables à cause du Sida en Afrique* » - Paris : CEPED, 2006 (Les Numériques du CEPED).
- Chirambo, Kondwani, *The political cost of AIDS in Africa : evidence from six countries*, Pretoria, IDASA, 2008
- Cook, John. « *La prise en charge d'enfants « orphelins du sida » : transfert et soutien social* », pp 239-266, in Desclaux (A.) et Benoist (J.), *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*. Paris, Karthala, 1996.
- De Loenzien, Myriam *Connaissances et attitudes face au VIH/Sida*, Collection Populations, Paris, L'Harmattan, 2002
- De Waal Alex, *AIDS and Power. Why there is no political crisis – yet*, African Arguments, Zed Books, London, 2006
- Darbon Dominique (dir.), *L'après-Mandela : enjeux sud africains et régionaux*, Karthala, Paris, 2000
- Ezembé, Ferdinand *L'enfant africain et ses univers*, Karthala, Paris, 2003
- Fassin, Didier, *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, Puf 1996
- Fassin, Didier, *Afflictions : L'Afrique du sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 2004
- Fassin, Didier, «Les idéologies de l'épidémie » dans *Les enjeux politiques de la santé*, Etudes sénégalaises, équatoriennes et francophones, Paris, Karthala.2000, p 261-277

- Foster, Geoff, and John Williamson, 'A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa', *AIDS*, vol. 14, suppl. 3, 2000, pp. S275–S284.
- Gaudin, Jean-Pierre *Gouverner par contrat*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999
- Grawitz, Madeleine, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 11^{ème} édition, 2000.
- Hassenteufel, Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, A. Colin, Paris, 2008
- Jacquot, Sophie et al, *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de science Po, 2004
- Jobert Bruno et Muller Pierre, *L'Etat en action*, PUF, Paris, 1987
- Kérouadan, Dominique et Eboko, Fred *Politiques publiques du sida en Afrique*, Travaux et documents du CEAN, Science Po Bordeaux, N°61-62, 1999
- Le Galès, Patrick et Thatcher Mark (dir.), *Les réseaux de politique publique. Débats autour des policy networks*, Paris, L'Harmattan, 1995.
- Massardier, Gilles, *Politiques et action publiques*, Paris, A. Colin, 2003.
- Meny Yves et Thonig Jean Claude, *Politiques publiques*, Paris, PUF, 1989
- Muller, Pierre, *Les politiques publiques*, Paris, Puf, 2008
- Muller, Pierre, et Surel, Yves, *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris, 1998
- Mrad, Ben Fathi *Sociologie des pratiques de médiation. Entre principes et compétences*, L'Harmattan, Paris, 2002
- Nay, Olivier et Smith, Andy *Le gouvernement du compromis, courtiers et généralistes dans l'action publique*, Economica, Paris, 2002
- Obbo, Christine et al, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, IRD, Dakar, Codesria, 1999
- Paterson, Amy Stephenson: *The politics of Aids in Africa*, Lynne Rienner Publishers, Boulder, 2006
- Paterson, Amy Stephenson, *The African State and The AIDS crisis*, Aldershot, Ashgate, 2005

- Pilon, Marc et Vignikin, Kokou, *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*, Paris, Ed des Archives Contemporaines, 2007
- Quantin, Patrick *Gouverner les sociétés africaines : acteurs et institutions* Karthala, Paris, 2005
- Singhal Arvind & Howard, W. Stephen *The Children of Africa confronts AIDS*, Ohio University Press, Athens, 2003
- Vigour, Cécile, *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, Paris, La découverte, 2005.

ARTICLES

- Atwine, Benjamin, Cantor-Graae Elizabeth and Bajunirwe Francis, 'Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda', *Social Science & Medicine*, vol. 61, 2005, pp. 555–564.
- Dominique Darbon, *State Building in Africa: understanding state making in a context of projection*. Cours 5A PDAPS/IEP Bordeaux: suite cours JDBDG: 2009
- Eboko, Fred. et Renaudin, Camille. 2005, « *La lutte contre le sida au Cameroun. Collusion entre les dynamiques internationales et les dynamiques internes de l'Etat* »
- Eboko, Fred, « Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique », *Cahiers d'Études africaines*, XLV (2), 178 : 351-387, 2005
- Eboko, Fred. 2004, « *La lutte contre le sida au Cameroun : un exemple de configuration éclatée d'acteurs* », Séminaire réseau IMPACT POLITIQUE AFRICAINE, Novembre 2004
- Eboko, Fred "Patterns of Mobilizations. Political Culture and the fight against AIDS in Africa. A comparative Approach" in Amy Patterson (ed.) *The African State and the AIDS crisis*, Aldershot, Ashgate, 2005
- ENGUELEGUELE, Maurice, « L'analyse des politiques publiques dans les pays d'Afrique subsaharienne : les apports de la notion de « référentiel » et du concept de « médiation », PP 233 – 253, in *Afrique politique*, 2002, Karthala, Paris.

- Dekens, Sandrine *L'enfant et sa santé*, in Revue Face à Face, n°10 consulté le 29/01/09 sur le site www.ssd.u-bordeaux2.fr
- Dekens, Sandrine, *Opérationnaliser le concept de vulnérabilité*, <http://www.orphelins-sida.org/notre-expertise/index.php>
- Fassin, Didier *La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique, Sociétés d'Afrique et sida*, n°5, 1994
- Fassin, Didier, « *Chronique sud africaine du sida* », in *ÉTUDES*, N° 4036, Décembre 2005
- Floyd, Sian, et al.: *UNICEF project: HIV and orphanhood: final report on phase 3*, September 2005, UNICEF
- Marc-Eric Gruénais, Karine Delaunay, Fred Eboko et Eric Gauvry, «Le sida en Afrique, un objet politique ?», *Le bulletin de l'APAD*, n° 17, *Anthropologie de la santé* , [En ligne], mis en ligne le : 22 septembre 2006. URL : <http://apad.revues.org/document476.html>. Consulté le 28 juillet 2009.
- Pierre-Benoit Joly et Claire Marris, « Mise sur Agenda et controverses : Une approche comparée au cas des OGM en France et aux Etats-Unis », Colloque *Risques collectifs et situations de crise. Bilans et perspectives*, Auditorium du CNRS, Paris, 7-8-9 février 2001.
- Serwadda, et al. (1985) “*Slim Disease:’ A New Disease in Uganda and its Association with HTLV-III Infection.*” *Lancet* 2(8460):849-85
- Smith, Andy *La médiation intersectorielle comme objet de recherche en science politique : concepts et hypothèses*, note préparée pour une réunion du GT5 de PRODDIG, Bordeaux, le 2 mai 2006
- Stuart, Gillespie, Amy Norman, Betsy Finley, *Child Vulnerability and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: What We Know and What Can Be Done*, 17 October 2005

THESES ET ECRITS ACADEMIQUES

- Demange, Elise, *De l'action publique au modèle. La lutte contre le sida en Ouganda*, CEAN Bordeaux, mémoire de DEA, 2004.

- Eboko, Fred, *Pouvoirs, jeunesses et sida au Cameroun. Politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Thèse de doctorat : science politique, Centre d'Etudes d'Afrique Noire, IEP Bordeaux, Univ Montesquieu Bordeaux 4, 2002
- Richard, Aurélie, *Une enfance affectée par le sida: la prise en charge des OEV au Togo*, Dess. Développement, Coopération internationale et action humaine, Univ. Paris 1. Panthéon-Sorbonne, 2004
- Tsotsa, Nathanael E., *Les politiques publiques à l'épreuve du sida en Afrique. Les technologies de lutte contre le sida comme paradigme d'appropriation non gouvernementale des politiques publiques de santé*. DEA, IEP Bordeaux, CEAN, 2004

RAPPORTS INTERNATIONAUX

UNICEF

- Children on the Brink 2004: A joint report of new orphan estimates and a framework for action, UNAIDS, UNICEF and USAID, Juillet 2004, New York.
- La situation des enfants dans le monde, 2009 : la santé maternelle et néonatale, Décembre 2008
- Enfants et sida : troisième bilan de la situation, Décembre 2008
- Enfants et sida, deuxième bilan de la situation, Avril 2008
- Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : Les enfants affectés par le SIDA, UNICEF, ONUSIDA et PEPFAR, 2006
- Une meilleure protection des enfants affectés par le SIDA, Mars 2007
- La situation des enfants dans le monde 2007 : Femmes et enfants, Décembre 2006
- Progrès pour les enfants 2008
- Rapports annuels de l'Unicef 2006, 2008
- Guide du suivi et de l'évaluation de la réponse nationale face au problème des orphelins et des enfants rendus vulnérables par le VIH/sida, février 2005

- Rapport mondial sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Avril 2008
- Children and AIDS : country fact sheets 2008, December 2008
- La situation des enfants dans le monde 2008 : *la survie de l'enfant*
- Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants, bilan statistique, no. 6, December 2007
- Appel à l'action : les enfants, la face cachée du SIDA, Octobre 2005
- Convention internationale des droits des enfants, Genève, Novembre 1989

ONUSIDA

- Rapports annuels sur l'épidémie du sida 2005, 2006, 2007, 2008
- *Vers l'accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements : investir dans l'accélération des ripostes nationales au VIH/sida en Afrique de l'Ouest et du Centre*, Dakar, Décembre 2008
- Résumé d'orientation du Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008, Juillet 2008
- *The Level of Effort in the National Response to HIV/AIDS: The AIDS Program Effort Index (API) 2003 Round*, USAID, UNAIDS, WHO, and the POLICY Project, December 2003

OMS

- Rapport sur la santé dans le monde 2008: *Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais*. Décembre 2008

BANQUE MONDIALE

- 2005b. Governance Indicators, 1996-2004.

Http : [//www.worldbank.org/wbi/governance/govdata](http://www.worldbank.org/wbi/governance/govdata).

RAPPORTS NATIONAUX

- UNGASS 2008, Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida du Cameroun, Janvier 2008

- Rapport de progrès sur l'état d'avancement du PSLS 2006-2010, Vers l'accès universels aux médicaments contre le sida, Yaoundé Août 2007
- UNGASS 2008, Progress report on declaration of Commitment on HIV and AIDS, South Africa, December 2007
- UNGASS 2008, Country Progress report Uganda, December 2007

SITES INTERNET

- *UNICEF*
<http://www.unicef.fr/>
- *ONUSIDA*
<http://www.unaids.org/>
- *ONU*
www.un.org
<http://data.un.org/>
- *Children in Distress : Networking of children affected by Aids*
<http://www.cindi.org.za/>
- *OMS*
www.who.int/fr
- *Société Santé et Développement, Université*
www.ssd.u-bordeaux2.fr
- *Centre Population et Développement, CEPED*
www.ceped.org
- *Orphelins du sida*
www.orphelins-sida.org

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 Types of Child Residence Status	p.25
Tableau 2 Présentation du PNS-OEV	p.74
Tableau 3 Les « Co parrainants », et partenaires impliqués dans la protection et la prise en charge des OEV	p.75
Tableau 4 Quelques données par pays (2007)	p.90
Tableau 5 Mesures gouvernementales en faveur des Orphelins et des Enfants Vulnérables	p.90
Tableau 6 Expected relationships between State Aspects and AIDS Program Efforts on OVC	p.107
Tableau 7 State centralization, Neo patrimonialism, capacity, and AIDS Program Effort Index (API) Scores	p.108
Figure 1 Nombre d'enfants (en million) de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne qui ont été rendus orphelins par le SIDA, 1990-2010	28
Figure 2 : Problèmes parmi les enfants et les familles touchés par le VIH/sida	p.37

Liste des sigles et abréviations

CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

GTZ : Coopération Technique Allemande

GNI : Gross National Income (Produit National Brut)

OEV : Orphelins et Enfants vulnérables du fait du sida

MINEDUC : Ministère de l'éducation nationale

MINAS : Ministère des Affaires sociales

OIT : Organisation internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme commun des nations unies sur le VIH/sida

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PPTE : Pays Pauvres et Très Endettés

PAS : Programmes d'Ajustements Structurels

PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida

PNUD : Programmes des Nations Unies pour le Développement

PSLS : Plan Stratégique de Lutte contre le Sida

PNS-OEV : Programme National de Soutien aux Orphelins et Enfants Vulnérables

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNGASS : Déclaration d'engagement sur le VIH/ sida

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance