

LES NOUVEAUX ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : CHEVAUCHEMENT ET REVENDICATION D'UTILITÉ AU SEIN DES STRUCTURES EXISTANTES

Tantchou Yakam JC

UMR 912 (INSERM-IRD-U2), « Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de santé, Sociétés », Observatoire Régional de la Santé (PACA) 23 rue Stanislas Torrens 13006 Marseille

Med Trop 2008 ; **68** : 300-305

RÉSUMÉ • La pandémie de VIH/Sida a reconfiguré les rapports internationaux et le monde de la recherche. Elle a entraîné la création de nouvelles institutions et, avec elles, l'émergence de nouveaux acteurs. Aux systèmes de santé existant, se sont ajoutées de nouvelles structures, de nouveaux acteurs, évoluant parallèlement, et dont les actions se chevauchent et entrent parfois en concurrence. A partir de l'exemple d'un Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire du Sida (CPDV) au Cameroun, cette étude anthropologique analyse cette coexistence. L'objectif est de montrer que cet investissement de nouveaux acteurs, dans des systèmes de santé traversés de multiples dysfonctionnements, crée un environnement favorable au « chevauchement de plusieurs positions ». Il pose des problèmes de légitimité et de positionnement de chacun au regard des hiérarchies existantes.

MOTS-CLÉS • système de santé, VIH/sida, nouveaux acteurs, Cameroun.

NEW ACTORS IN THE FIGHT AGAINST HIV/AIDS: OVERLAPPING AND COMPETITION BETWEEN EXISTING STRUCTURES

ABSTRACT • The HIV/AIDS pandemic reshaped international relations and the world research landscape. New facilities have been created and new actors have emerged. New institutions have been grafted into the existing health infrastructure resulting in overlapping and sometimes conflicting actions. In this study we analyze this co-existence using the « Centre of Prevention and Voluntary testing of HIV/AIDS » (CPDV) in Cameroon as an example. The purpose is to show that the involvement of new actors in a health systems with multiple dysfunctions creates an environment leading to « straddling ». This situation also raises legitimacy issues and leads to competition for position within the existing hierarchies.

KEY WORDS • Health system - HIV/AIDS - New actors - Cameroon.

La lutte contre le sida au Cameroun se met en place à la fin des années 80, alors que le pays entre dans une période de crise économique dont les effets seront accentués par les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) menés par le Fonds Monétaire International (FMI). Les secteurs de la santé et de l'éducation sont les plus touchés ; à l'inégalité de la répartition du personnel de santé sur le territoire, s'ajoutent la baisse des effectifs et une nette démobilisation de ceux-ci (1-3). C'est aussi le lancement de l'Initiative de Bamako dont le but était de mettre en place des systèmes de santé autonomes, dispensant des soins de qualité (4). Vingt ans après, on se retrouve dans une situation de « déréglementation » où les personnels « ne savent plus très bien quelle est leur place dans le système de santé » (5). M.-E. Gruénais soulignait que l'exécution de projets pouvant demander le recrutement de nouveaux personnels, des agents non statutaires

allaient devoir côtoyer des fonctionnaires statutaires. Or étant donné l'état des finances publiques dans certains pays, les structures bénéficiant d'un projet seraient de fait mieux loties ; le déséquilibre ainsi créé pouvait rendre délicates les relations entre les deux « types » de structure (5). Il est remarquable de constater l'inexistence de travaux analysant cette coexistence de personnels aux statuts et rémunérations diverses, évoluant dans ce contexte de dichotomie projet/fonction publique et portant sur la prise en charge du VIH/Sida. Aussi, à partir d'une structure créée dans le cadre de la politique camerounaise de lutte contre le sida (le Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire : CPDV), nous allons montrer que cet investissement de nouveaux acteurs, dans ce contexte de « déréglementation » (4-5), crée un environnement favorable au « chevauchement de plusieurs positions » ou « straddling » pour reprendre les mots de Médard et Fauré (6). Il favorise l'émergence de tensions dues à l'absence de procédures précises de délégation des tâches. Il pose des problèmes de légitimité et de positionnement par rapport aux hiérarchies existantes. Par ailleurs, chevaucher plusieurs positions n'étant

• Correspondance : Josiane.Tantchou@ird.fr

• Article reçu le 23/08/2007, définitivement accepté le 2/06/2008..

possible que pour une minorité de personnels, il en résulte une inégalité de revenus et de considération qui alimente les frustrations.

Les données présentées ici ont été rassemblées dans le cadre d'une recherche sur le « burnout » et son impact sur la prise en charge du VIH/sida au Cameroun (Postdoctorat ANRS/12144). Les observations et entretiens ont été conduits dans les services prenant en charge les personnes vivant avec le VIH/sida (CPDV, maternité, laboratoire, service de médecine interne principalement, puis bloc opératoire) de deux grands hôpitaux. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) a aussi été administré aux personnels santé. Ce texte est lui, construit à partir du matériau collecté dans un CPDV (a). Le texte en trois parties présente d'abord la façon dont la structure mise en place pour lutter contre le sida se « greffe » sur la pyramide sanitaire officielle. La deuxième partie présente le CPDV et ses acteurs à travers le prisme de la notion de « straddling ». Enfin la troisième partie montre à partir d'un exemple précis, comment au sein de cette structure, une catégorie procède à une subtile « revendication d'utilité » (7).

LE PROGRAMME SIDA DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le secteur santé s'articule en trois sous-secteurs : public, privé et traditionnel. Le sous-secteur public qui nous intéresse comprend toutes les structures sanitaires publiques coiffées par le ministère de la santé publique, ainsi que les structures sanitaires sous la tutelle d'autres départements ministériels. Il est organisé en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau dispose de trois types de structures : les structures de gestion institutionnelles du ministère de la santé, les structures sanitaires et les structures de représentation de la population.

Le niveau central élabore les politiques, les normes et les stratégies nationales, conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires ; il coordonne, contrôle et distribue les ressources au niveau opérationnel. Ses formations sanitaires servent de référence aux hôpitaux du niveau intermédiaire. Il est représenté par dix délégations provinciales de la santé publique qui ont pour rôle de mettre en œuvre les

politiques sanitaires conçues au niveau central. Les formations sanitaires à ce niveau sont les hôpitaux provinciaux. Le district de santé constitue le niveau périphérique ; il est subdivisé en « aires de santé » et doté de deux types de structures de soins : l'hôpital de district et le centre de santé intégré.

Un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) existe depuis 1987 ; il est doté d'un Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS) chargé de la mobilisation des fonds, de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le sida. Le Groupe Technique Central (GTC) est son organe exécutif. Le PNLS est une structure verticale, telle que définie par Criel & De Brouwere (b, 9), un « Etat dans l'Etat » : tout ce qui est « sida » est « spécial », entend-on souvent dire les professionnels de santé. Il a ses locaux et bénéficie d'importantes ressources budgétaires. Les activités définies par le CNLS et coordonnées sur l'ensemble du territoire par le Groupe Technique Central (GTC) sont gérées au niveau intermédiaire par les Groupes Techniques Provinciaux (GTP) et au niveau périphérique par les Comités Locaux de Lutte contre le sida (CLLS). La prise en charge des malades s'effectue dans les Centres de Traitement Agréés (CTA), entités virtuelles (dans le sens où elles ne possèdent pas de locaux) basées de façon générale dans les hôpitaux provinciaux et coordonnées par un médecin. Au niveau périphérique, certains hôpitaux de district disposent d'une Unité de Prise en Charge (UPEC). L'activité principale des CTA est la prise en charge clinique des patients. Les « médecins prescripteurs » s'y réunissent dans le cadre d'un comité thérapeutique qui examine les dossiers de malades à sérologie positive. Ce comité thérapeutique décide de l'éligibilité des patients au traitement et de la combinaison thérapeutique appropriée. Aux hôpitaux provinciaux, sont annexés les Centres de Prévention et de Dépistage Volontaire du VIH/Sida (CPDV).

Les CPDV ont été créés dans les diverses provinces du pays pour encourager le dépistage volontaire. Les activités principales du CPDV sont le dépistage volontaire, le conseil et parfois la dispensation des antirétroviraux (ARV). Situés dans les hôpitaux, dans les locaux des services rendus vacants au fil des réformes, les CPDV sont des structures particulières. En effet, le VIH bouleverse les vies et impose un changement de « direction » ; la vie est régulièrement traversée par

Tableau I. La pyramide sanitaire (8).

| Niveaux | Structures administratives | Compétences | Structures sanitaires | Structures de représentation |
|---------------|---|---|--|--|
| Central | Services du ministère de la santé publique | Direction politique. Élaboration des politiques et des stratégies | Hôpitaux généraux de référence (centres hospitaliers et universitaires, hôpitaux centraux) | Conseil d'administration |
| Intermédiaire | Délégations provinciales de la santé publique | Appui technique aux districts et aux programmes | Hôpitaux provinciaux et assimilés | Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé |
| Périphérique | Districts de santé Aires de santé | Mise en œuvre des programmes | Hôpitaux de districts Centres de santé | COSADI/COGE HD COGEDI COGE COSA |

la mort ; l'idée de sa propre mort, celle d'un conjoint, d'un enfant, d'un ami, etc. On comprend aisément que dans ces espaces où se font le dépistage et l'annonce, doit régner une tension indescriptible. Les visages, les discussions, les tensions qui émergent brusquement au sein des couples témoignent bien de l'importance de ce qui s'y joue (10). Le fonctionnement de ces structures est assuré par des acteurs ayant des trajectoires, statuts et qualifications divers. L'examen de ces parcours professionnels met en évidence la pertinence de la notion de « straddling » pour analyser la scène du sida au Cameroun, ce que Fred Eboko (2) avait par ailleurs remarqué. Le « chevauchement de plusieurs positions », notait-il, est un thème récurrent de la science politique africaniste, qu'illustre bien le contexte du sida au Cameroun. Le « straddling » se caractérise en premier par le cumul de positions, c'est-à-dire qu'un même individu peut être à la fois haut fonctionnaire, dirigeant de parti politique, grand propriétaire, hommes d'affaires etc. Il ne s'agit pas seulement d'additionner des positions diverses, mais aussi d'utiliser une position pour en obtenir une autre et, dans le même mouvement, de renforcer la position précédente ou changer de position en passant d'une position moins importante à une position plus importante (6). Dans le « cursus » courant que Fauré & Médard (6) appliquent au « big man » en Afrique, on passe du politique à l'économique ou de l'économique au politique. Fred Eboko (2) quant à lui, établit une différence entre le « cursus » des « big men » et celui des acteurs impliqués dans ce « domaine privé de la santé publique » (c, 11). Ici, indique-t-il, le but ultime du « cursus » et du chevauchement est rarement à vocation politique au sens électoral du terme. Il s'agit de prendre appui sur une ou plusieurs institutions d'appartenance pour pénétrer un ou plusieurs réseaux que l'acteur s'approprie ensuite de manière personnalisée (2). C'est ce que nous allons à présent essayer de montrer.

AU CPDV :

ACTEURS ENTRE CHEVAUCHEMENT ET CONFLITS DE RÔLE

Arrêtons-nous tout d'abord sur le circuit du candidat au test. On se présente dans un CPDV à la suite d'une consultation médicale ou parce qu'on a délibérément décidé de connaître son statut sérologique. Trois étapes ponctueront le parcours : l'enregistrement à « l'accueil » et le paiement des frais d'examen (500frs) (d); le conseil pré-test suivi du prélèvement sanguin puis le conseil post-test (rendu du résultat). Sur sa trajectoire, le client rencontrera différents types d'acteurs. Pour bien illustrer ce qui se joue dans ces structures, prenons le cas de différents personnels qui y travaillent.

La trajectoire professionnelle de G. commence par un contrat à durée déterminée dans un service public. Il a un salaire satisfaisant, bénéficie de l'estime de ses patrons ; son unique gêne est statutaire : il n'est pas fonctionnaire. Lorsque le ministère de la santé publique ouvre un concours interne dans le but de recruter des agents contractuels, après maintes hésitations (e), il décide de se présenter au concours. Il est

reçu ; ayant opté pour le secteur santé, il est formé et affecté dans un service de la délégation provinciale de la santé, puis à la direction de l'hôpital et au CPDV.

Jusqu'à une période récente, il cumulait ces deux dernières fonctions. Au CPDV, il supervisait une équipe chargée de l'accueil des patients, l'organisation des réunions du comité thérapeutique et de la gestion de statistiques. A la direction de l'hôpital, il s'occupait du mouvement du personnel et de la compilation des données statistiques produites par les différents services. Puis un agent devant assurer la fonction de secrétaire du CPDV a été recruté ; les fonctions de l'un et de l'autre n'ont pas été précisées. Par un processus suggérant une délégation des tâches (task-shifting), G. s'est progressivement libéré de ses fonctions au CPDV. Celles-ci n'ayant pas été entièrement reprises par le secrétaire, il s'est créé un interstice dans lequel Mme S. a pu se glisser et se rendre indispensable.

Mme S. avait été recrutée pour une période de six mois non renouvelable. Présente auprès de l'agent dispensateur des ARV, elle était chargée d'expliquer leur traitement (posologie) aux patients, les effets secondaires éventuels et de fournir des documents relatifs à l'alimentation et l'hygiène de vie. Son contrat arrivé à son terme, elle n'a pas quitté le CPDV où elle occupe un poste à « l'accueil ». Elle oriente les visiteurs, reçoit les personnes séropositives, leur donnant toutes les informations utiles pendant leur séjour à l'hôpital. Mme S. ne reçoit aucune rémunération ; quand on lui demande quelles sont ses motivations, elle répond : « quand on s'est attaché aux patients, on n'a pas envie de les abandonner ».

Après l'accueil les patients sont envoyés au conseil pré-test, dispensés par les Agents de Relais Communautaires (ARC).

Les agents de relais communautaires

Jusqu'au début des années 2000, la prise en charge des malades était principalement clinique ; ce corps a été créé pour assurer le volet psychosocial. Recrutés et formés par le GTP, ils interviennent dans les CPDV et les UPEC où ils dispensent les conseils ; ils suivent également les patients à domicile pour s'assurer de l'observance du traitement, leur état général et le cas échéant, les conduire dans un centre de santé ou avertir le médecin traitant ; ils participent également à la recherche des patients perdus de vue. En principe, par un processus de délégation des tâches, les ARC doivent remplacer les soignants (infirmiers, aides-soignants) formés pour faire une partie de ce travail et ces derniers affectés à d'autres fonctions. Or, les rôles n'étant pas systématiquement redéfinis, ces soignants, à l'exemple de M. se sentent exclus : « on n'a plus de place, on n'a plus rien à faire » note-t-il. Cette exclusion, doublée de désœuvrement, alimente colère et frustration. Pour mieux comprendre ces sentiments, il est important de poser un regard rétrospectif et prospectif sur sa carrière, regard nourri de l'analyse de la trajectoire des collègues de même grade : « regarde ces infirmiers, nous avons le même

grade ; ils ont déjà des postes de responsabilité, sauf moi. J'ai même occupé un poste de responsabilité dans un centre de santé et c'est un des deux qui m'a remplacé à ce poste. Aujourd'hui, il est dans une position bien meilleure que la mienne ». Il porte alors un regard critique sur le fonctionnement du système de santé, ses injustices, ses inégalités : « je touche mon salaire du début des années 1990, je n'ai toujours pas été avancé. En terme de grade, le major du service et moi sommes égaux. En principe, en cas d'absence, c'est moi qui le remplace. Mais qu'il soit en vacances ou en déplacement, c'est un fonctionnaire d'un grade inférieur à nous deux qui assure l'intérim ! » Et il poursuit : « Regarde X. Il est de la famille du Dr. N. Il était commis de l'Etat ; lorsqu'il a été question de recruter sur le poste qu'il occupe actuellement, la note indiquant qu'il avait été choisi est venue droit du ministère, alors que c'est le délégué provincial de la santé publique qui devait désigner un fonctionnaire à ce poste. Comme on dit ici, pour avoir quelque chose quelque part, il faut avoir quelque chose quelque part ». Pour finir, il veut quitter le service : « j'ai déjà envoyé des lettres pour qu'on pense à moi si jamais une place se libère ». Si l'investissement des ARC pousse certains soignants à s'interroger sur leurs fonctions et leur place dans le système, ces nouveaux acteurs doivent pour leur part prouver qu'ils y ont une place spécifique.

LES ARC : LÉGITIMITÉ CONTESTÉE, REVENDICATION D'UTILITÉ

Des études sociologiques ont montré que les institutions sanitaires exigent pour fonctionner une catégorisation des individus qui en dépendent, opposant malades et soignants, médecins et paramédicaux. Cette catégorisation repose sur l'exposition de divergences entre ces catégories, non seulement par la définition des rôles, mais encore par des traits sociaux et moraux et par la manière de se percevoir et de percevoir l'autre (12). Au CPDV, évoluent quatre catégories d'acteurs : les médecins, les infirmiers (f), les patients et les « autres » (g). Aucun insigne ne permet de distinguer ces catégories (h,13). Médecins, infirmiers et « autres » sont donc appelés « docteur », « mon docteur » (14) par ignorance, ou tactique d'apprivoisement. Alors que la légitimité et la prééminence du médecin sur l'ensemble des catégories ne font aucun doute, la légitimité et la position des infirmiers immédiatement après le médecin dans la hiérarchie semble factuelle : de leur côté, les ARC doivent convaincre le milieu qu'ils y ont une place spécifique. Ainsi, vont-ils se servir du problème posé par l'accès des pauvres au traitement pour montrer leur utilité et renforcer leur légitimité. Nous allons maintenant décrire le processus qui a abouti à cet exercice d'un pouvoir de décision.

Exercice d'un pouvoir de décision

Lors de discussions du comité thérapeutique, une des préoccupations majeures était l'accès des pauvres au traitement. Chaque CTA devait en principe permettre à 10 % de

ses patients indigents (i), d'avoir accès au traitement gratuit. Cependant, en dépit de la pauvreté réelle des patients, ce chiffre n'avait jamais été atteint. Cela était en partie dû aux difficultés liées à la mise en application des recommandations relatives à la confirmation de l'état d'indigence des patients. En effet, lorsqu'un patient affirmait ne pas être capable de se procurer le traitement, il était confié à l'assistante sociale qui devait conduire une « enquête sociale » afin d'évaluer le niveau d'indigence du malade. Pour ce faire, l'assistante sociale devait se rendre au domicile dudit patient ; or aucun budget ni moyen de déplacement ne lui étaient alloués. Quand elle parvenait, grâce à la contribution de parents et amis à conduire l'enquête et à valider l'état d'indigence d'un patient, il bénéficiait d'un mois de traitement donné gratuitement, renouvelable une seule fois (j) ; ce qui à son avis, était insuffisant. Elle aurait souhaité que le traitement soit donné gratuitement aux patients indigents pendant une moyenne de six mois, ce délai pouvant effectivement leur permettre de trouver d'autres sources de financement. Devant les difficultés évoquées par l'assistante sociale, le comité thérapeutique a décidé qu'avec l'aide des ARC, une liste de personnes indigentes allait être dressée. Cette liste serait ensuite proposée au comité thérapeutique qui sélectionnerait les personnes à mettre sous traitement gratuitement pendant une période de trois mois, renouvelable. Quelques jours plus tard, une liste de patients indigents, portée par les ARC, était présentée au Directeur de l'hôpital pour signature. La liste avait 36 noms, représentant 10 % de l'ensemble des patients qui s'étaient procurés un traitement le mois précédent. Quinze jours plus tard, à la réunion bimensuelle du comité thérapeutique, certains médecins venus avec des dossiers de patients démunis à proposer ont été surpris d'apprendre que la liste était close. Aux questions posées par un médecin qui souhaitait savoir comment et qui s'était chargé de sélection des patients, aucune réponse n'a été donnée. La séance s'est poursuivie suivant l'ordre du jour sur lequel le point « indigence » ne figurait plus.

Enfin, en court-circuitant le processus de décision, en s'appropriant le problème et en décidant de qui devait bénéficier du traitement gratuitement (k), les ARC ont procédé à une subtile « revendication d'utilité » (7) et montré leur légitimité au sein des acteurs intervenants au CPDV. Considérés comme partie intégrante du corps des professionnels de santé, les statut et fonctions des ARC sont cependant remis en question par les infirmiers statutaires et non statutaires. Ils estiment que les ARC sont incompétents, ont une rémunération supérieure à leurs qualifications, qu'ils sont payés pour faire un travail d'infirmier et donc que cela revient à « gaspiller de l'argent ». Les ARC doivent servir de relais entre les services médicaux et les patients. Mais ils sont également présents dans les formations sanitaires, exerçant des fonctions pour lesquelles des infirmiers ont été formés, faisant un travail qui constitue le cœur même de la profession infirmière, le « nursing » (15). Les ARC administrent les conseils pré et post-test qui doivent préparer les personnes venues se faire tester à accepter leur sérologie ; ils suivent les

patients sous traitement à domicile où ils doivent leur procurer un soutien psychologique, les « éduquer », de même que leur famille et leurs proches, lorsque ceux-ci ont été informés du statut sérologique. Les ARC évoluent donc à la frontière de l'activité des infirmiers. Par conséquent, même si leur place immédiatement après le médecin paraît acquise, les infirmiers semblent se sentir menacés et constamment à la recherche de stratégies pour consolider leur position et affirmer leur prééminence sur les ARC. Ils se servent des insuffisances des ARC et prouvent par leur mode d'implication dans les fonctions qui leur sont spécialement confiées, le moyen d'affirmer qu'ils forment une catégorie supérieure. Ainsi, décideront-ils de former les ARC au conseil, remettant ainsi en question la légitimité de leur présence au CPDV, n'hésiteront-ils pas à admonester les ARC devant les patients à la manière des médecins qui les critiquent vertement devant les patients.

CONCLUSION

Interviennent au CPDV divers types d'acteurs dont le statut, la rémunération, le rapport au système de santé divergent. Quel impact sur l'offre de soins, le rapport entre personnels, le rapport aux patients, la prise en charge du VIH/sida ? Nous avons montré que cet investissement de divers types d'acteurs crée un environnement favorable au chevauchement de plusieurs positions, validant ainsi l'idée émise par Fred Eboko que le « straddling » était une notion pertinente pour analyser la scène du sida au Cameroun. Nous avons aussi vu que chevaucher plusieurs positions n'étant pas possible pour l'ensemble du personnel, l'inégalité créée alimentait les frustrations ; la mise en œuvre des différentes orientations du Programme national de lutte contre le sida (PNLS) venait ainsi s'ajouter à la liste des facteurs à l'origine de la démotivation des personnels de santé (manque d'équipements et de personnel, absence de définition précise des rôles, salaires insuffisants, avancement en grade difficile, etc.).

Pendant les premières décennies de la pandémie, on aurait pu penser que le VIH/sida allait conduire à une restructuration des systèmes de santé africains. La gestion de l'épidémie a bien sûr entraîné des réformes, la création de nouvelles structures, de nouveaux métiers. Cependant, ceux-ci n'ont pas échappé à la crise du système de santé. La gestion du sida est donc traversée par les dysfonctionnements caractéristiques du système de santé et plus globalement des services publics. Loin donc d'être réformateur, le sida serait un excellent révélateur de cette crise.

Jusqu'à ce jour, les financements accordés par le Fonds Mondial permettent de faire vivre l'ensemble de la structure de lutte contre le VIH/sida et de mettre en œuvre les différentes activités du PNLS. Diverses institutions privées, ONGs, associations nationales et internationales, participent aussi activement à la lutte contre la maladie et à la prise en charge des patients. Ne devrait-on alors pas nous

demander ce qui adviendrait de l'ensemble de la structure si les financements du Fonds Mondial étaient gelés ? Dans une perspective plus lointaine, devrait-on s'empêcher d'imaginer un avenir où le sida serait vaincu et interroger l'avenir de ces nouvelles structures, de ces nouveaux métiers ?

Notes

- (a) Nous avons choisi d'anonymiser les noms de personnes et de localités.
- (b) Un programme vertical consiste en un ensemble cohérent d'activités destinées à assurer le contrôle d'un seul ou d'un groupe de problèmes de santé liés entre eux. Une structure verticale est une structure sanitaire dans laquelle travaille un personnel spécialisé (monovalent), particulièrement qualifié dans un domaine bien précis et qui a pour tâche de prendre en charge un seul problème ou un nombre limité de problèmes de santé » (9).
- (c) Didier Fassin utilisait cette expression pour interpréter le fait qu'en dépit de la mobilisation des peurs, de représentations et de recherches de sens que le sida suscitait, cet intérêt ne trouvait pas son expression dans l'espace public, dans le débat public et qu'il était en quelque sorte « privatisé » (11).
- (d) 1,00€=655,957 frs. Le test est gratuit pour certaines catégories de la population depuis le 1er mai 2007.
- (e) Le choix entre un salaire satisfaisant et une carrière professionnelle incertaine, un salaire insuffisant et la sécurité que pourrait procurer le statut de fonctionnaire.
- (f) Cette catégorie comprend les infirmiers, aides-soignants et techniciens de laboratoire.
- (g) Acteurs recrutés sur CDD par le PNLS ou les associations de lutte contre le VIH/sida.
- (h) L'absence de distinction manifeste entre les catégories professionnelles évoluant dans les structures sanitaires en Afrique a déjà été relevée (13).
- (i) Pour le PNLS, est « indigent » un patient déjà sous traitement qui pour une raison ou une autre, s'avère incapable de se le procurer.
- (j) Soulignons que le GTP ne remboursait pas encore le manque à gagner. Cela explique dans une certaine mesure la décision de donner le traitement gratuitement pendant un mois renouvelable.
- (k) Les médicaments de première ligne étaient vendus à 3000frs (env. 5€) et les médicaments de deuxième ligne à 7000frs (env. 11€); les protocoles de première ligne sont désormais accessibles gratuitement.

RÉFÉRENCES

- 1 - Hugon P. Sortir de la récession et préparer l'après pétrole : le préalable politique. *Politique Africaine* 1996 ; 62 : 35-44.
- 2 - Eboko F. Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun. *Autrepart* 1999 ; 12 : 123-40.
- 3 - Aerts JJ, Cogneau D, Herrera J, De Monchy G, Roubaud F. *L'économie Camerounaise : un espoir évanoui*. Paris, Karthala 2000 ; 287 p.
- 4 - Gruénais ME. Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun. *Bulletin de l'APAD*. 2001 ; 21 : 146p.
- 5 - Gruénais ME. Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation, in Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M (Eds), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris CODESRIA-Karthala-IRD. 1999 ; 455-71.
- 6 - Fauré YA, Médard JF. L'Etat business et les politiciens entrepreneurs: néo-patrimonialisme et Big men: économie et politique. In Ellis S, Fauré YA (eds.), *Entreprises et entrepreneurs africains*, Paris, Karthala, ORSTOM, 1995 ; 289-309.

- 7 - Baszanger I. Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation : le cas des médecins de la douleur. *Revue française de sociologie*. 1990 ; 31: 257-82.
- 8 - Ministère de la Santé Publique, La stratégie sectorielle de santé, Kribi, le 23-27 juillet 2002.
- 9 - Criel B, De Brouwere V. Conditions, limites et potentiel de l'intégration, In : Van Lerberghe W, Kegels G, De Brouwere V editors. 1998, *Studies in health services organisation and policy*. 1998 ; 8 : 83-108.
- 10 - Tantchou Yakam JC. Comment naissent les politiques verticales de santé en Afrique ? Réinterroger le passé et le présent à partir de la lutte contre la trypanosomiase et la tuberculose au Cameroun. Paris EHESS (Thèse sous la direction de Dozon JP) 2006 ; 532 p.
- 11 - Fassin D. Le domaine privé de la santé publique : pouvoir, politique et sida au Congo. *Annales* 1994 ; 4 : 745-75.
- 12 - Desclaux A. Des infirmières face au sida : impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso. In *Vivre et penser le sida en Afrique* Eds Becker C, Dozon JP, Obbo O, Touré M. Codesria-IRD-Karthala, Paris, Dakar, 1999, pp 541-55.
- 13- Jaffré Y, De Sardan O. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, APAD-Karthala, (Hommes et sociétés), 2003, 449 p
- 14- Tourneux H. Dictionnaire peul du corps et de la santé : (Diamaré, Cameroun) Paris, éditeur Karthala, 2007, 616 p.
- 15 - Fox RC, Aiken LH, Messikomer CM. The culture of caring: AIDS and the nursing profession. *Milbank Q* 1990 ; 68 : 226-56.



« Masques et statuettes », Dakar (coll J.J. Morand)