



HAL
open science

Les entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : un acteur comme les autres ?

Anne Bekelynck

► To cite this version:

Anne Bekelynck. Les entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : un acteur comme les autres ?. Sociologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2015. Français. NNT : 2015USPCB178 . tel-01590472v2

HAL Id: tel-01590472

<https://theses.hal.science/tel-01590472v2>

Submitted on 19 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Descartes

Ecole doctorale

Centre Population et Développement

UMR 196 (Université Paris Descartes – Ined – IRD)

**Les entreprises privées dans
l'action publique de lutte contre
le VIH/sida en Côte d'Ivoire : un
acteur comme les autres ?**

Par Anne Bekelynck

Thèse de doctorat de Sociologie

Dirigée par Annabel Desgrées du Loû et co-dirigée par Fred Eboko

Présentée et soutenue publiquement le 13 mars 2015

Devant un jury composé de :

Dominique Darbon, professeur à Sciences Po Bordeaux, rapporteur

Annabel Desgrées du Loû, directrice de recherche à l'IRD, directrice

Fred Eboko, chargé de recherche à l'IRD, co-directeur

Mamoudou Gazibo, professeur à l'Université de Montréal, président

Laurent Vidal, directeur de recherche à l'IRD, rapporteur

**Les entreprises privées dans
l'action publique de lutte contre
le VIH/sida en Côte d'Ivoire :
un acteur comme les autres ?**

Thèse préparée au sein du Centre population et développement (Ceped)
Unité mixte de recherche Université Paris Descartes / Ined / IRD (UMR 196)

19 rue Jacob, 75006 Paris, France
www.ceped.org

Contact : anne.bek@gmail.com

Résumé

A la fin des années 1990, en Afrique subsaharienne, des grandes entreprises privées mettent en œuvre des programmes pionniers d'accès aux antirétroviraux (ARV) pour leurs employés. A partir des années 2000, elles sont invitées à poursuivre leurs efforts et à devenir des partenaires de cette action publique, de la prévention et de la prise en charge thérapeutique. Dans ce contexte, elles interviennent aux côtés d'autres acteurs : Etats, organisations internationales, organisations non gouvernementales (ONG), réseaux de professionnels de santé et associations. Ces initiatives des entreprises privées sont communément relatées comme des stratégies rationnelles de préservation du « capital humain » et de la productivité des entreprises. Cette thèse de sociologie politique vise à explorer l'articulation des logiques bioéconomiques, politiques, sociales et symboliques qui ont été au cœur de la mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Les modalités et les effets de cette « publicisation » inédite d'un acteur privé lucratif au sein d'une action publique de santé sont explorés à un niveau local. Cette recherche s'appuie sur une enquête qualitative conduite en Côte d'Ivoire auprès des acteurs de 30 entreprises privées. Des entretiens ont été réalisés avec des membres du personnel médical des entreprises, des cadres, des employés vivant avec le VIH, des responsables de politiques publiques, professionnels de santé et acteurs associatifs. Une comparaison asymétrique avec le Cameroun a également été opérée afin de confirmer et de nuancer les hypothèses de recherche. La mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida est portée par une rhétorique mondiale, laquelle promeut la synergie des partenariats public-privés. En proposant une sociologie politique de l'action publique au prisme des entreprises privées, cette recherche met en évidence les paradoxes des politiques multisectorielles. Elle montre la manière dont la politisation d'une action publique tend à « différencier » les entreprises privées des autres acteurs, c'est-à-dire à gommer leurs spécificités (rôle de modèle, lieu de production de vulnérabilités, accès à la santé différencié).

Mots clés : VIH/sida - Entreprises privées - Action publique – Côte d'Ivoire – Cameroun – Politisation

Abstract

Private companies and public action engagement in the struggle against HIV/AIDS in Ivory Coast: An actor like the rest?

By the end of the 1990s in sub-Saharan Africa, huge companies in the private sector commenced the implementation of antiretroviral therapy (ART) programmes for the benefit of their employees. From the early 2000s, these companies have been invited to pursue efforts to also engage as partners in prevention and treatment policies, alongside other diverse actors: states, international organisations, NGOs, health professionals, civil society, etc. These private initiatives are usually reported as rational strategies aimed at preserving the “human capital” and productivity of the organisations. Approaching this study from a political sociology perspective, this PhD dissertation analyses the interaction of the bioeconomic, political, social and symbolic rationales that have underpinned the mobilisation of private companies in the struggle against HIV/AIDS in Ivory Coast. This research also explores the modalities and effects of this unprecedented “publicisation” of a private actor within the context of wider public health action at a local level. This study is supported by qualitative investigation conducted among 30 private companies in Ivory Coast. In addition, series of in-depth interviews were conducted with various actors involved in the HIV/AIDS sector (international organisations, the government, physicians, employees living with HIV/AIDS, civil society, etc.). Furthermore, an asymmetrical comparison with Cameroon has benefited this research by helping to confirm and refine the hypothesis. Global rhetoric advocating the synergy of public-private partnership has indeed supported the mobilisation of private companies in the fight against HIV/AIDS. By examining public action in regard to private companies, this research highlights the paradoxes of multisectoral policies. It demonstrates how these private actors, through the dynamics of politicisation, tend to be “de-differentiated” from other actors, thereby erasing their characteristics (social model, employee vulnerabilities, differentiated access to public health).

Keywords : HIV/AIDS – Private companies – Public action – Ivory Coast – Cameroon – Politicisation

Remerciements

Mes remerciements vont à toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, m'ont permis de mener à bien cette expérience professionnelle et personnelle passionnante.

J'adresse tout d'abord mon infinie gratitude à ma Directrice de thèse Annabel Desgrées du Loû pour m'avoir accordée son entière confiance, et ce depuis notre première rencontre. Je la remercie de m'avoir encouragée à réemprunter le chemin de la recherche, de m'avoir soutenue de manière inconditionnelle tout au long de ce travail, tout en me laissant la plus grande liberté.

Je suis également très reconnaissante à Fred Eboko pour m'avoir aidée à façonner ce projet, pour son soutien enthousiaste et ses lumières affutées qu'il m'a prodiguées tout au long de ce parcours. Merci pour mon intégration dans le programme de recherche « Gouvernance ».

Je remercie vivement les membres du jury d'avoir accepté de lire, de discuter et d'évaluer ce travail.

Je suis très reconnaissante à l'Agence nationale de recherche sur le VIH/sida et les hépatites virales (ANRS) qui m'a permis de mener à bien cette recherche en m'octroyant une allocation pré-doctorale (3 ans).

Un immense merci aux nombreux participants qui, en Côte d'Ivoire et au Cameroun, ont accepté de participer à mon enquête avec une grande disponibilité. Je remercie particulièrement les entreprises privées qui ont accepté, malgré la délicatesse du sujet, de m'ouvrir leurs portes. Je dois beaucoup au Professeur Serge Paul Eholié qui m'a apporté son précieux soutien dans cette démarche.

Je remercie très chaleureusement tous les membres de la « famille PACCI » pour leur accueil. Merci à Xavier Anglaret pour son fervent enthousiasme à l'égard du développement des recherches en sciences sociales. J'adresse un merci tout spécial à Christine Danel pour son amitié, sa bonté et tous nos échanges si riches que nous avons eus, sur le pont d'Abidjan et partout ailleurs. Au Cameroun, merci à Philippe Msellati, pour son accueil au sein du site de l'ANRS, ainsi qu'à Laurent Vidal pour ses précieux conseils qui ont guidé mes premiers pas de chercheuse. A Montréal, merci à Mamoudou Gazibo pour sa grande disponibilité.

Le Ceped a constitué un environnement de travail stimulant. Merci à son directeur, Etienne Gérard, ainsi qu'aux membres de l'équipe santé pour nos échanges, leur soutien et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. Je considère tout spécialement comme une grande chance de travailler aux côtés de Joseph Larmarange, dans le cadre du projet à venir, DOD-CI. Merci également à tous les doctorants. Je pense particulièrement à Séverine, Fatou, Marjorie et François.

Je remercie très vivement toutes les « communautés » qui ont jalonné ce riche parcours et qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail, de Côte d'Ivoire, du Cameroun, du Québec et de France. Je pense particulièrement au Cerap à Abidjan, qui m'a donné la chance en 2009 de découvrir la Côte d'Ivoire en m'accueillant en tant que stagiaire ; ainsi qu'à mes amis de l'ITCJ, du B&M, de Bahouakoi, de la Casba de Yaoundé et de Montréal. Merci à mes amis de longue date, à ma famille, à mes parents.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE	19
PARTIE I: LES ENTREPRISES PRIVEES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : POSITIONNEMENT THEORIQUE, EPISTEMOLOGIQUE ET METHODOLOGIQUE	41
CHAPITRE 1. ANALYSER LA PARTICIPATION DES ENTREPRISES PRIVEES A UNE ACTION PUBLIQUE TRANSNATIONALE EN CONTEXTE AFRICAIN	43
CHAPITRE 2. METHODOLOGIE	94
PARTIE II: POLITISATION ET « DE-DIFFERENCIATION » DES ENTREPRISES PRIVEES AU SEIN DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	123
CHAPITRE 3. LA MOBILISATION DES ENTREPRISES PRIVEES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN COTE D'IVOIRE : LOGIQUES BIOECONOMIQUES, SYMBOLIQUES ET SOCIALES	125
CHAPITRE 4. L'IMPACT DECISIF DE LA MOBILISATION COLLECTIVE SUR LES INITIATIVES PRIVEES DE SANTÉ. A PARTIR D'UNE COMPARAISON AVEC L'HEPATITE B.	183
CHAPITRE 5. LA POLITISATION DES ENTREPRISES PRIVEES AU SEIN DE L'ACTION PUBLIQUE CONTRE LE VIH/SIDA : DE LA RHETORIQUE A LA PRATIQUE (COTE D'IVOIRE ET CAMEROUN)	201
CHAPITRE 6. ENTREPRISES PRIVEES, COOPERATION INTERNATIONALE ET AUTORITES PUBLIQUES NATIONALES. A PARTIR DE LA DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA EN ZONE RURALE (COTE D'IVOIRE ET CAMEROUN)	253
PARTIE III: « RE-DIFFERENCIER » LES ENTREPRISES PRIVEES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	293
CHAPITRE 7. LE DEPISTAGE DU VIH AU SEIN DES ENTREPRISES PRIVEES : ENTRE COERCITION ET GESTION DE SOI	295
CHAPITRE 8. LES GRANDES ENTREPRISES PRIVEES : UN ACTEUR SCHIZOPHRENE ? DES PROGRAMMES VIH/SIDA A L'ARTICULATION DES LOGIQUES LOCALES, GLOBALES, MORALES ET NEOLIBERALES	362
CONCLUSION GENERALE	402
ANNEXES	457
TABLE DES MATIERES	489

Abréviations, sigles et acronymes utilisés

AFD	Agence française de développement
ANRS	Agence nationale de recherche sur le VIH/sida et les hépatites virales
ARV	Antirétroviraux
BAD	Banque africaine de développement
BCEAO	Banque centrale des États d’Afrique de l’Ouest
BIT	Bureau international du travail
CCA-SIDA	Communauté des affaires camerounaise contre le sida, la tuberculose et le paludisme
CCM	<i>Country Coordinating Mechanism</i>
CECI	Coalition des entreprises de lutte contre le VIH/sida
Cepref	Centre de prise en charge de recherche et de formation
CGECI	Confédération générale des entreprises de Côte d’Ivoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIE	Compagnie ivoirienne d’électricité
Cirba	Centre intégré de recherches biocliniques d’Abidjan
CMI	Centre médical interentreprises
CNLS	Conseil national de lutte contre le VIH/sida
CNPS	Caisse nationale de prévoyance sociale
COP	<i>Country Operational Plan</i>
CTA	Centre de traitement agréé
DD	Développement durable
DPSE	Direction de la planification, du suivi et de l’évaluation (Côte d’Ivoire)
DSPSC	Direction du secteur privé et de la société civile (Côte d’Ivoire)
DSST	Direction de la santé et sécurité au travail (Côte d’Ivoire et Cameroun)
DOD-CI	Demande et offre de dépistage du VIH et des hépatites virales B et C en Côte d’Ivoire
EDS	Enquête démographique et de santé
EGPAF	<i>Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation</i>
EIS	Enquête sur les indicateurs du sida
FEM	Forum économique mondial (WEF – <i>World Economic Forum</i>)
FI-PME	Fédération ivoirienne des petites et moyennes entreprises
FM	Fonds mondial contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme
GBC	<i>Global Business Coalition</i>
GFBC	Groupement de la filière bois du Cameroun
Gicam	Groupement inter-patronal du Cameroun
GIZ	Agence allemande de coopération internationale (<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit</i>)
IST	Infection sexuellement transmissible
MAP	<i>Multy-Country HIV/Aids Program</i>
MFPE	Ministère de la fonction publique et de l’emploi (Côte d’Ivoire)
MLS	Ministère de la lutte contre le VIH/sida (Côte d’Ivoire)
MSHP	Ministère de la santé et de l’hygiène publique (Côte d’Ivoire)
MSLS	Ministère de la santé et de la lutte contre le VIH/sida (Côte d’Ivoire)
MST	Maladie sexuellement transmissible

MTSS	Ministère du travail et de la sécurité sociale (Cameroun)
OCAL	Organisation du corridor Abidjan – Lagos
OCDE	Organisation de la coopération et du développement économique
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
Onusida	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
PABC	<i>Pan-African Business Coalition on HIV/AIDS</i>
PCS	Partenaires contre le sida
Pepfar	<i>Presidential Emergency Plan for AIDS Relief</i>
PNLHV	Programme national de lutte contre les hépatites virales
PNLS	Programme national de lutte contre le VIH/sida
PNPEC	Programme national de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
PPP	Partenariat public-privé
PPPSI	Partenariat public-privé de santé internationale
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PUMLS	Programme d’urgence multisectoriel de lutte contre le VIH/sida
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RILHVs	Réseau ivoirien de lutte contre les hépatites virales
RIP+	Réseau ivoirien des personnes vivant avec le VIH
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
SABCOHA	<i>South African Business Coalition on HIV/AIDS</i>
SFI	Société financière internationale
SIMT	Société ivoirienne en médecine du travail
SMIT	Service des maladies infectieuses de Treichville
UGTCI	Union générale des travailleurs de Côte d’Ivoire
UPEC	Unité de prise en charge
VHB	Virus de l’hépatite B
VIH/sida	Virus de l’immunodéficience humaine / Syndrome d’immunodéficience acquise

Cartes





INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Aucun dépistage du VIH ne doit être effectué sur le lieu de travail sauf dans les trois situations mentionnées dans le recueil¹. Cela est inutile et risque de porter atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité des travailleurs : en effet, les résultats du dépistage peuvent être révélés et utilisés abusivement, et le consentement des travailleurs ne pas être toujours pleinement libre ou fondé sur la connaissance de toutes les conséquences liées au dépistage» (BIT 2001).

Telle était la position de l'Organisation internationale du travail (OIT) en 2001, à propos du dépistage sur le lieu de travail (BIT 2001). En 2013, son orientation était toute autre. Avec l'Onusida, c'est-à-dire l'inter-agence des Nations Unies chargée de la lutte contre le VIH/sida, elle a initié le programme « *VCT@work* » (*Voluntary Counselling and Testing at Work*), afin de « permettre à 5 millions de travailleuses et travailleurs de bénéficier du conseil et du dépistage du VIH volontaires et confidentiels d'ici à 2015 », incluant les acteurs de l'économie formelle et informelle. Lors de la cérémonie de lancement de cette opération, Michel Sidibé, le Directeur exécutif de l'Onusida, déclarait : « *Si les lieux de travail s'emparent de cette nouvelle initiative, cela pourrait correspondre à la plus grande avancée jamais vue pour amplifier l'accès au dépistage du VIH dans un environnement sain, favorable et assorti d'un soutien continu intégrant le traitement* »². De nombreuses précautions ont entouré l'annonce de ce projet : il a été spécifié que la proposition du dépistage devait être exempte de toute coercition, confidentielle, ne devant mener à aucune forme de discrimination, de licenciement ou d'exclusion dans l'accès à la couverture maladie.

Pour autant, cette initiative témoigne d'un profond bouleversement normatif opéré en à peine une décennie : d'un lieu « risqué » et à éviter pour des enjeux de droits humains, le lieu de travail est devenu un lieu de proposition du dépistage du VIH privilégié et à promouvoir, à des fins de santé publique.

¹ A savoir, dans le cadre 1) d'études épidémiologiques, 2) de tests volontaires (qui devraient alors être effectués « par les services de santé communautaire et non sur le lieu de travail ») ou après une exposition professionnelle.

² www.ilo.org/wcmsp5/groups/.../wcms_217897.pdf

L'implication des entreprises privées comme partenaires de la lutte contre le VIH/sida était, au départ, loin d'être évidente. Durant les deux premières décennies de l'épidémie (1980-1990), les entreprises privées ont d'abord réagi au VIH/sida par la mise en œuvre de stratégies de dépistage discriminatoire envers les employés ou candidats à l'embauche (Aventin 1997). A cette époque, les prévisions sur l'impact macro-économique de cette épidémie en Afrique subsaharienne étaient catastrophistes (Dixon, McDonald et Roberts 2002; Mcmurphy 1997; Over 1999; Veenstra et Whiteside 2005; Wehrwein 2000). Les études s'accordaient généralement pour annoncer que le VIH/sida allait réduire les taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) d'environ un point de pourcentage pour les pays qui connaissaient des taux de séroprévalence au VIH/sida supérieurs à 10%³ (Couderc, Drouhin et Ventelou 2006). Le développement de l'ensemble des sociétés africaines se voyait menacé : surcharge des services de santé, augmentation des dépenses de santé, déstructuration des services publics, appauvrissement des ménages et augmentation des inégalités sociales, baisse des investissements productifs, diminution du niveau de formation et de la productivité des populations, etc. Sans traitement, l'espérance de vie des personnes infectées ne dépasserait guère quelques années. A la différence d'autres pathologies transmissibles, tels que le paludisme et des maladies diarrhéiques, le VIH/sida a la particularité de toucher prioritairement la population active des pays africains. Ainsi, les entreprises privées se sont trouvées en première ligne des conséquences économiques et sociales liées à cette maladie. Leurs premières réactions ont rationnellement conduit à l'exclusion des individus infectés, plutôt qu'au soin d'individus condamnés à mourir. Comment dès lors expliquer cette banalisation de l'implication des entreprises privées, comme des acteurs à part entière des politiques publiques de lutte contre le VIH/sida ?

Le revirement normatif à propos du dépistage sur le lieu de travail témoigne d'une acceptation des entreprises privées comme des acteurs des politiques publiques de lutte contre le VIH/sida. Deux pistes explicatives peuvent aider à comprendre ce phénomène, qui peut être décomposé en deux dynamiques distinctes. La première relève de la banalisation croissante de l'objet même dont il est question, c'est-à-dire du VIH/sida, suite à la découverte et à la diffusion rapide des multi-thérapies antirétrovirales au sein des pays à revenus limités. Le passage du lieu de travail appréhendé par ses abus de pouvoir à un lieu conçu à partir de sa potentielle efficacité en termes de santé publique, souligne la puissance croissante d'un pouvoir

³ Or, depuis 1992, la croissance du PIB de l'Afrique du Sud n'a jamais été négatif, sauf en 2009, lors de la crise financière mondiale.

biomédical légitimé par sa lutte pour la préservation et l'optimalisation de la vie. La seconde tient à la banalisation des acteurs privés en tant que partenaires des politiques publiques, dans un paysage politique mondial marqué par une dynamique d'érosion des frontières traditionnelles séparant les acteurs privés et publics.

Révolution thérapeutique et accès universel aux traitements antirétroviraux en Afrique subsaharienne

La première piste explicative est relative à la révolution thérapeutique qu'a connue la lutte contre le VIH/sida à la fin du siècle dernier. Avec la découverte des traitements antirétroviraux (ARV), annoncée publiquement à la Conférence de Vancouver en 1996, les entreprises privées acquièrent ainsi l'opportunité, non plus d'exclure, mais de prendre en charge leurs employés. Alors que jusqu'à présent, les stratégies étaient essentiellement axées sur la prévention et le soin des infections opportunistes, les multi-thérapies antirétrovirales permettent désormais de pallier ces morts foudroyantes et de maintenir en vie les personnes infectées. Ainsi, d'institutions potentiellement violatrices des droits humains, les entreprises privées peuvent devenir des structures de promotion du droit à la santé.

En effet, lorsque ces traitements sont découverts, leur coût extrêmement élevé (environ 1000 \$ par patient et par mois) exclut *de facto* la possibilité de les diffuser sur le continent africain, où se situent 70% des malades. Ainsi se pose le paradoxe d'une situation où « les médicaments sont au Nord », tandis que « les malades au Sud », pour reprendre le slogan des associations occidentales et africaines qui dénonçaient ces inégalités structurelles. Au sein du débat public international sur l'accès aux ARV dans les pays du Sud, s'opposent alors les partisans de l'« universalisme modéré », aux tenants d'un « universalisme rapide » (Dodier 2003). Les premiers défendent le maintien de stratégies préventives, en composant de manière progressive avec les spécificités locales (économiques, sociales, culturelles ou biologiques) pour intégrer les ARV au sein des pays du Sud. Tandis que les seconds prônent un accès aux ARV immédiat, au nom du respect du principe du droit à la santé universel (Dodier 2003, 282). Certaines initiatives ont permis de démontrer que les résistances ambiantes sur la possibilité de donner l'accès à ces médicaments aux africains étaient infondées, telles que l'Initiative sénégalaise d'accès aux ARV (ISAARV) (Desclaux et al. 2002), ou l'Initiative Onusida, implantée notamment en Côte d'Ivoire (Msellati, Vidal et Moatti 2001). Cependant, très peu de malades

ont accès à ces interventions, et en 2000, moins de 1% des patients en Afrique subsaharienne sont sous traitement antirétroviral.

Dans ce contexte de lenteur et d'attentisme généralisé des pouvoirs publics africains (Eboko 2005a), certaines grandes entreprises privées ont décidé de prendre les devants. A la fin des années 1990 et au début des années 2000, certaines d'entre elles, telles que l'*Anglo American*, *Volkswagen South Africa*, *BHP Billiton*, *Eskom*, *DaimlerChrysler*, *Debswana*, Unilever, Lafarge, *Heineken*, la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) ou Alucam au Cameroun, ont fait le choix d'initier des programmes d'accès aux ARV auprès de leurs employés. La majorité de ces entreprises était basée en Afrique australe, une région qui faisait face à une épidémie virulente, devenant une zone « hyper-endémique » en à peine une décennie (Fassin 2000). Alors que la région avait été relativement épargnée jusqu'au début des années 1990, les taux de séroprévalence atteignaient, en 2000, 14,1% en Afrique du Sud, 24,3% au Swaziland, 22,9% au Lesotho, 28% au Botswana, 25,7% au Zimbabwe ou 14,2% en Namibie⁴. De plus, cette région se caractérise par son activité minière, dont les grandes entreprises représentaient à la fois un facteur de diffusion (enclavement, mobilité des travailleurs, main d'œuvre nombreuse, foyers de prostitution) (Corno et De Walque 2012) et des victimes de première ligne de l'épidémie. Ainsi, la prise en charge de leur force de travail leur permettait à la fois de préserver leur « capital humain » à des fins de productivité, selon des considérations coûts-bénéfices (Eholié et al. 2003) et de maintenir la cohésion sociale des équipes, tout en valorisant leur caractère éthique et responsable (Kamdem 2007). Dès lors, aux côtés des essais cliniques et initiatives thérapeutiques, les entreprises privées constituent l'un des premiers lieux de diffusion des traitements ARV sur le continent africain. Elles ont même accéléré le processus des politiques publiques nationales. Par exemple, dans certains pays, comme au Cameroun ou en Afrique du Sud, leurs initiatives ont fait pression sur les pouvoirs publics nationaux attentistes ou réfractaires, pour qu'ils inscrivent cet enjeu de santé publique à l'agenda politique (Eboko 2010, 4; Hayem 2004; Fassin 2004). Elles sont devenues « malgré elles », des acteurs clés dans la promotion de l'« universalisme rapide ».

Par la suite, ces initiatives privées isolées, conjuguées à celles des essais cliniques internationaux, ont été généralisés et diffusés à l'ensemble des populations du continent africain, portées par l'exceptionnelle mobilisation collective autour du VIH/sida, regroupant organisations internationales bilatérales et multilatérales, ONG, associations ou professionnels

⁴ <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

de santé. En une décennie, 10 millions de personnes infectées par le VIH ont été mises sous traitement, sur les 35 millions infectées dans le monde et les 28,6 millions éligibles⁵. Et si le nombre de personnes infectées ne cesse d'augmenter en raison de l'augmentation du nombre de personnes sous traitement, le nombre de nouvelles infections annuelles (incidence) ainsi que le nombre de décès liés au VIH/sida annuels (mortalité) ont commencé à décroître, respectivement depuis 1998 et 2006.

Peter Piot, le Directeur exécutif de l'Onusida, justifiait ainsi le régime d'exception dont a bénéficié le VIH/sida : « This pandemic is exceptional because there is no plateau in sight, exceptional because of the severity and longevity of its impact, and exceptional because of the special challenges it poses to effective public action »⁶ (2005). Du fait que le VIH/sida ait été une maladie marquée par le sceau de l'exceptionnalité au sein des sociétés du Nord durant les années 1980 et 1990, mobilisant de nombreux activistes dans la lutte pour les droits humains de groupes discriminés (Herzlich et Adam 1997), cet élan a pu bénéficier, dans un second temps, aux pays à ressources limitées (Nguyen 2010; Eboko, Bourdier et Broqua 2011). En effet, au moment où la maladie a tendu à être considérée comme une maladie chronique au Nord, une remobilisation de certains pouvoirs publics et activistes s'est opérée en direction du Sud, militant dès lors pour un accès universel aux traitements (Smith et Whiteside 2010). Dans un monde globalisé, certains discours sécuritaires ont également soutenu cette mobilisation (Chabrol 2002).

Concrètement, trois initiatives majeures de santé globale (*Global Health Initiatives* - GHI) ont été créées, finançant à elles seules 80% de l'aide totale allouée au VIH/sida (Nkoa, Eboko et Moatti 2010) : le *Multy-Country HIV/Aids Program* (MAP) créé en 1999 par la Banque mondiale (multilatéral) ; le Fonds mondial contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (FM), un partenariat multilatéral original⁷, lancé en 2001 (et opérationnalisé en 2002) par Kofi Annan ; et le *Presidential Emergency Plan for AIDS Relief* (Pepfar), un programme bilatéral instauré en 2003 par le président américain Georges W. Bush, à destination de quinze pays à ressources limitées, dont la Côte d'Ivoire⁸. A ces trois initiatives se sont ajoutées l'Unitaid, un fonds alimenté par une taxe internationale sur les billets d'avion, lancée en 2006 par les

⁵ Suivant les recommandations de l'OMS 2013, qui préconisent la mise sous traitement antirétroviral en dessous du seuil de 500 CD4/mm³.

⁶ <http://grammatikhilfe.com/publicEvents/pdf/20050208-PiotAIDS2.pdf>, consulté le 27 novembre 2014.

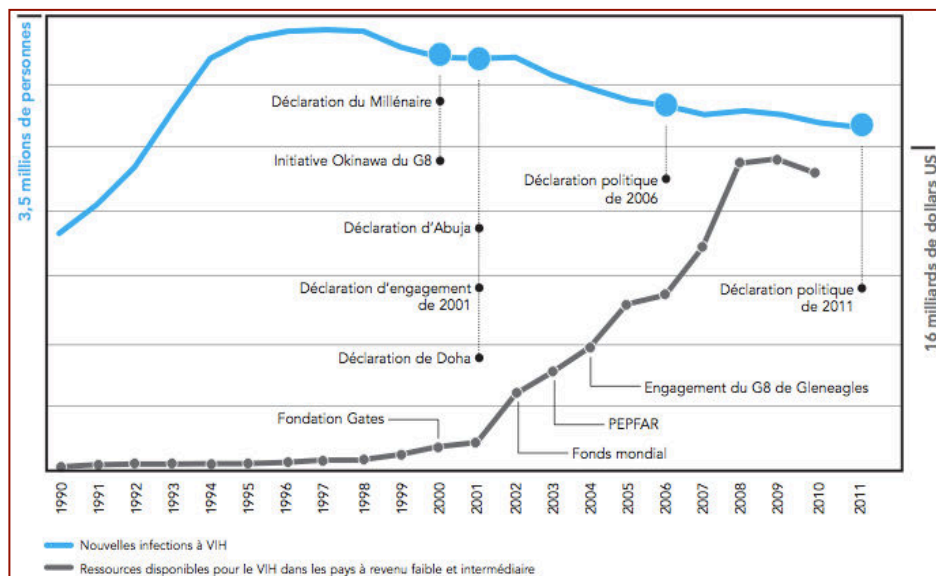
⁷ Le Fonds Mondial est original, dans la mesure où, à la différence d'autres agences onusiennes, il inclut au sein de conseil d'administration et de manière égalitaire, les gouvernements des pays donateurs et receveurs de l'aide, ainsi que des représentants de la société civile, du secteur privé et des associations de malades.

⁸ A savoir, le Botswana, la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, la Guyana, Haiti, le Kenya, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, le Rwanda, l'Afrique du Sud, la Tanzanie, l'Ouganda, le Vietnam, et la Zambie.

présidents français Jacques Chirac et brésilien, Luiz Inácio Lula da Silva. Ou encore le soutien de fondations privées, telles que celles de Bill Clinton, ou de Bill & Melinda Gates, ainsi que d'autres agences de coopération bilatérales et organisations non gouvernementales.

Par ailleurs, la pression exercée par certains acteurs de la société civile (ONG, militants, laboratoires de génériques, pays producteurs et importateurs de génériques) sur les grandes firmes pharmaceutiques a permis de favoriser l'accessibilité financière aux traitements antirétroviraux. Le procès de Pretoria, intenté par un oligopole de 39 firmes pharmaceutiques contre le gouvernement sud-africain, constitue l'un des moments clés de ce combat, notamment au regard de l'impact négatif que celui-ci a provoqué auprès de l'opinion publique internationale, condamnant moralement les stratégies des compagnies pharmaceutiques (Fassin 2003a). L'adoption du système des « licences obligatoires » pour la production et l'exportation des génériques auprès des pays confrontés à une situation sanitaire d'urgence nationale a ainsi favorisé l'accès aux médicaments génériques. En complément, la concurrence internationale a favorisé la baisse des prix des antirétroviraux de marque produits par les firmes pharmaceutiques (Dixneuf 2003). Ainsi, aujourd'hui, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont instauré la gratuité des ARV ou l'accès des ARV à un prix très réduit.

Figure 1 Evolution du financement mondial consacré à la lutte contre le VIH/sida et du nombre de nouvelles infections à VIH (1990 - 2011)



Source : Onusida

Cette pandémie a fini par représenter aux yeux du monde une tragédie. Les mobilisations collectives internationales pour lutter contre le VIH/sida (Eboko, Bourdier, Broqua, 2011) ont provoqué une véritable rupture axiologique. Pour autant, ces remarquables avancées opérées dans le champ du VIH/sida se sont déployées à contre-courant du contexte mondial et africain marqué par l'imposition des politiques néolibérales, dont l'idéologie est devenue prééminente depuis la chute du Mur de Berlin (1989) et la fin du monde bipolaire. Ce mouvement de solidarité envers les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) au Sud contraste ainsi avec la mise en œuvre contemporaine des politiques dictées par les institutions de *Bretton Woods* (Banque mondiale, Fonds monétaire international), issues du Consensus de Washington. Celui-ci prônait que l'aide aux pays à ressources limitées soit précédée d'une adhésion de ces derniers à la libéralisation économique et à la libre-concurrence, à la privatisation des entreprises publiques et à un rôle de régulation à minima de l'Etat. Tandis que les pays occidentaux opéraient une mobilisation financière massive pour lutter contre le VIH/sida au Sud, les investissements publics de ces mêmes pays diminuaient sous l'impulsion des conditionnalités émises par le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale.

Cette révolution thérapeutique, qui a pu être diffusée et appliquée rapidement en Afrique subsaharienne, explique partiellement le paradoxal revirement paradigmatique présenté ci-dessus. En effet, dans ce contexte d'accessibilité accrue aux traitements, la proposition du dépistage du VIH est devenue moins problématique et notamment au sein des entreprises privées. Ainsi, la maîtrise de l'épidémie a conduit à la banalisation, voire à la promotion des entreprises privées comme des partenaires des politiques de santé publique. Est-ce à dire pour autant que les risques liés au contexte des entreprises privées, tels que décrits dans le *Recueil des Bonnes Pratiques* de 2001 (menace de rupture de confidentialité, utilisation abusive des résultats et absence de consentement éclairé) (BIT 2001), aient été pour autant régulés, voire résolus ? Le dépistage sur le lieu de travail est-il réellement devenu un acte neutre ?

La privatisation de l'action publique et la
« dé-différenciation » des acteurs privés

La seconde piste explicative du revirement normatif à propos du dépistage sur le lieu de travail réside dans l'élévation croissante du rôle du secteur privé au sein de la gouvernance mondiale. Dans le domaine de la santé, comme dans d'autres domaines, le secteur privé est de plus en

plus intégré aux processus politiques, donnant lieu à une érosion croissante des frontières entre le privé et le public (Guilbaud 2012; Hassenteufel 2007; Boidin 2014). Ainsi, la prise en compte des entreprises privées comme d'un partenaire équivalent aux autres acteurs dans la mise en place de stratégies de dépistage du VIH en Afrique subsaharienne, est à replacer dans ce contexte qui s'étend de la gouvernance globale à la gouvernance locale.

Au sein de sociétés de plus en plus complexes, fragmentées et ouvertes sur l'extérieur (Muller 2000, 192), l'Etat est amené à jouer un rôle de « régulateur », aux côtés d'un ensemble d'autres acteurs privés (lucratifs et non lucratifs), supranationaux ou infranationaux (Hassenteufel 2007). Gilles Massardier écrit : « *Les autorités publiques ne possèdent plus le monopole de fabrication des politiques publiques mais doivent, au contraire, "faire avec" une multiplicité d'acteurs qui projettent leurs "finalités vécues" dans le processus de fabrication des politiques publiques* » (Massardier 2003). Dans ce contexte, la notion d'« action publique » tend à remplacer celle de « politiques publiques » (Leca et al. 1996; Muller 2011; Massardier 2003). Tandis que la notion de « politiques publiques » était centrée sur l'analyse de « ce que les gouvernements font, pourquoi ils le font et ce que ça change »⁹ (Dye 2002, 1), la notion d'« action publique » prend en compte la diversité des acteurs qui construisent ensemble et de manière plus ou moins coordonnée une politique destinée à la délivrance de biens publics.

La lutte contre le sida en Afrique subsaharienne se situe dans cette logique de « l'action publique » à l'intérieur de laquelle l'Etat est un co-acteur parmi d'autres et dont le rôle relève dans l'idéal de la régulation et de la coordination (Eboko, Owona Nguini et Enguéléguélé 2009; Hassenteufel 2007). Ces actions publiques se caractérisent par la multiplicité des acteurs en présence (Etat, organisations internationales, agences de coopération bilatérales et multilatérales, médecins et professionnels de la santé, associations et ONG, laboratoires de recherche, entreprises privées) unis par des niveaux de liens complexes (du local au global, avec des dynamiques transversales). Tandis que plus de 50% des budgets alloués au VIH/sida en Afrique subsaharienne proviennent de l'aide extérieure (Moatti et Ventelou 2009), ce type d'action est fondé sur une externalité originelle de la réponse, conçue par des institutions internationales, au sein de « sociétés projetées » (Darbon 2008). L'enjeu consiste alors à ce que les acteurs locaux incorporent, politiquement et socialement, ces référentiels globaux (Kerouedan et Eboko 1999; Gruénais 1999).

La lutte contre le VIH/sida a été façonnée sous le modèle de la multisectorialité, sous l'égide de l'Onusida et de la Banque mondiale dès la fin des années 1990. L'approche multisectorielle

⁹ Traduction de : « *what governments do, why they do it, and what difference it makes* ».

revêt deux significations majeures. D'un côté, elle fait référence à la multisectorialité gouvernementale, qui implique la participation de l'ensemble des ministères au problème transversal du VIH/sida. D'autre part, s'observe un processus de multisectorialité élargie, qui intègre les parties prenantes extérieures (partenaires internationaux et organisations de la société civile). C'est cette deuxième signification qui concerne le plus spécifiquement la collaboration des entreprises privées. En effet, loin d'être évincées ou relayées par l'exceptionnelle mobilisation collective, les entreprises privées ont été appelées, de manière inédite, à maintenir, à redoubler d'efforts, et à participer aux différentes actions publiques nationales de lutte contre le VIH/sida. Face au caractère dramatique de l'épidémie du VIH/sida, toutes les forces vives, nationales et internationales, publiques et privées, ont été appelées à se mobiliser : « à crise mondiale, action mondiale »¹⁰ (ONUSIDA 2001).

La « Déclaration d'engagement sur le VIH/sida », élaborée en 2001 lors de la session extraordinaire de l'ONU affirmait : *« Il est nécessaire, si l'on veut réagir efficacement à l'épidémie, qu'une forte impulsion soit donnée à tous les niveaux de la société. L'impulsion donnée par les gouvernements à la lutte contre le VIH/sida, pour être décisive, n'est néanmoins pas suffisante : la société civile, les milieux d'affaires et le secteur privé doivent participer pleinement et activement à cet effort »* (ONUSIDA 2001, 6). Parce que le VIH/sida est un *« fardeau dévastateur pour l'économie »* (ONUSIDA 2001, 3) et qu'il *« affecte la société à tous les niveaux »* (ONUSIDA 2001, 1), des stratégies multisectorielles sont promues (ONUSIDA 2001, 12) ainsi que la mise en œuvre, à l'échelle nationale, d'un *« cadre juridique et directif assurant la protection, sur le lieu de travail, des droits et de la dignité des personnes infectées et affectées par le VIH/sida et de celles qui sont le plus exposées au risque d'infection, en consultation avec les représentants des employeurs et des travailleurs »* (ONUSIDA 2001, 12). Les ressources des entreprises privées sont convoitées et l'élaboration de partenariats entre les secteurs publics et privés sont également proposés (ONUSIDA 2001, 13). Pour autant, ni leur niveau d'intervention (prévention, dépistage et/ou prise en charge), ni leur rôle spécifique, ne sont pour l'instant définis.

Les principaux mécanismes de financement mis en œuvre dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida ont pleinement intégré cette composante du secteur privé, de concert avec les agences de normalisation que constituent l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Onusida. Le *Multi-country AIDS Program* (MAP) de la Banque mondiale a directement promu une approche multisectorielle, tandis que le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le

¹⁰ http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_fr.pdf

paludisme (FM) a lui-même été structuré sous la forme d'un partenariat public-privé (PPP). En 2008, celui-ci a instauré les procédures de financement à deux voies (*dual tracks financing*) afin de favoriser le secteur privé (productif ou non) à être récipiendaire principal des subventions du Fonds mondial, sans passer par le gouvernement. Dans le cadre de son 10^{ème} *round*¹¹, 79% des propositions financées par le FM dans le monde disposaient d'une composante « secteur privé ». Quant aux organisations de coopération bilatérale, la voie des partenariats public-privé (PPP) locaux et ponctuels a été privilégiée.

Depuis 2006, le *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Pepfar) a ainsi facilité près de 300 PPP, co-financés à 400 millions \$ par le secteur privé et à 335 millions \$ par l'aide américaine¹². Cette collaboration avec le secteur privé a caractérisé l'ensemble des politiques de développement de la coopération allemande (*Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit - GIZ*¹³). Tandis que la France a développé, plus difficilement, quelques initiatives en direction du secteur privé, telle qu'avec l'association Partenaires contre le sida (PCS), créée avec l'appui de l'Agence française de développement (AFD).

Le secteur privé a été incité à participer en suivant des outils de régulation politique relatifs au *soft power* tels que les « bonnes pratiques », c'est-à-dire à partir de techniques fondées sur la promotion au plus grand nombre d'expériences particulières considérées comme réussies, testées et validées. L'adoption d'une recommandation (et non d'une convention), la « *Recommandation n°200 concernant le VIH et le sida et le monde du travail* » par l'Organisation internationale du travail (OIT) en 2010, témoigne également de ce mode de régulation non contraignant dont font l'objet les entreprises privées. Par ailleurs, la manière dont le programme « *VCT@work* » a été élaboré, en s'appuyant sur une technique issue du secteur privé s'apparentant au *benchmarking* (définition d'objectifs chiffrés, émulation entre parties prenantes, outil non contraignant), est révélatrice de l'inscription des politiques de lutte contre le VIH/sida dans les dynamiques de la gouvernance mondiale. En effet, la coordination des politiques nationales ou transnationales au moyen du *benchmarking*, c'est-à-dire d'une technique managériale supposée neutre reposant sur l'évaluation comparative entre les différents acteurs impliqués, est une méthode de gouvernement de plus en plus éprouvée dans d'autres contextes politiques telle que l'Union européenne (Salais 2004; Bruno 2010).

¹¹ Le circuit de financement du Fonds Mondial est organisé selon un système de « *rounds* ». Périodiquement, en général chaque année, un appel à proposition est lancé auprès des parties nationales, constituant un « *round* » de financement.

¹² <http://www.pepfar.gov/partnerships/ppp/index.htm>, page consultée le 1^{er} juin 2014.

¹³ L'Agence allemande pour la coopération internationale.

En complément, depuis les années 1990, s'opère un processus de « publicisation » des entreprises privées, par la voie des courants promouvant la responsabilité sociale (ou sociétale) des entreprises (RSE)¹⁴ et le développement durable (Capron et Quairel 2007; Boidin 2008; Postel et al. 2011). Face à la montée contestatrice de leurs externalités négatives et des inégalités sociales générées par leurs activités de production (pollution et dommages environnementaux, expropriation des terres appartenant aux populations locales, conditions de travail des employés, etc.), certaines entreprises se sont engagées dans une opération de reconquête de leur légitimité, valorisées et encouragées par un ensemble d'organisations internationales (agences onusiennes, Europe, ONG, Etat, etc.) (Hommel, Dupuis et LeBas 2008). Ce volet social serait ainsi un moyen d'auto-régulation du potentiel de destruction du capitalisme (Postel et al. 2011; Duval 2003; Lodge et Wilson 2006). Porteuses au départ d'une responsabilité purement économique, celles-ci ont ainsi endossé et affiché une nouvelle responsabilité sociale, sociétale et environnementale, (Boidin 2013, 108), voire politique (Dhaouadi 2008).

Ainsi se conjuguent, d'un côté, la privatisation des politiques publiques et de l'autre, la publicisation des acteurs privés. L'érosion des frontières entre les acteurs publics et privés tend à les rendre équivalents. A travers le programme « *VCT@work* », c'est donc plus largement la « dé-différenciation » des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida qui est soulignée. Tandis que Patrick Hassenteufel parlait de « dé-différenciation » à propos de l'Etat et de son rapport aux autres acteurs (Hassenteufel 2007), je vais appliquer ici ce même terme aux acteurs privés.

Cependant, quelles sont les implications empiriques de cette « dé-différenciation » des acteurs privés ? Si certaines entreprises « modèles » ont développé et valorisé leurs *bonnes pratiques* quant à la proposition du dépistage sur leur lieu de travail, suffisent-elles à légitimer l'implication de l'ensemble du secteur privé ? Alors que la collaboration des entreprises privées a été promue par les agences internationales *via* des mécanismes volontaires et non contraignants, comment les entreprises privées, ont-elles été régulées et contrôlées au niveau national ? Les entreprises privées sont-elles demeurées des acteurs autonomes ou ont-elles collaboré avec d'autres acteurs (Etat, organisations internationales, ONG, associations, professionnels de la santé, etc.) ? Tandis que la promotion de la participation des acteurs privés

¹⁴ A noter que l'appellation « RSE » renvoie alternativement à la responsabilité « sociale » ou « sociétale » des entreprises. De plus en plus, le terme « sociétal » est préféré au terme « social », dans la mesure où celui-ci serait plus large, englobant les aspects sociaux, environnementaux et économiques de la responsabilité des entreprises privées. Cependant, ces deux termes sont généralement utilisés de manière équivalente. Afin de simplifier mon propos, j'utiliserai dans cette thèse l'appellation unique de « responsabilité sociale des entreprises ».

au sein de la gouvernance mondiale relève souvent d'une rhétorique, reposant davantage sur leur présumée efficacité, que sur des fondements empiriques (Boidin 2014), que nous enseignent l'étude de l'action concrète des entreprises privées à un niveau local ?

Les entreprises privées : un objet de recherche oublié des sciences sociales

Malgré les questionnements majeurs que suscite ce changement rapide de normes à l'égard du rôle du secteur privé lucratif, dans la mise en œuvre des réponses nationales de lutte contre le VIH/sida, celui-ci n'a été jusqu'à aujourd'hui que très peu étudié.

Les recherches en sciences sociales qui ont traité des politiques de lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne se sont pour l'instant focalisées sur l'analyse de certains acteurs qui sont intervenus pour des raisons « humanitaires ». Celles-ci ont mis en exergue la manière dont ces actions publiques locales se sont construites de manière transnationale (Demange 2010; Chabrol 2012), les risques posés par une dépendance exacerbée à l'aide humanitaire (Hunsmann 2012) ; la difficile coordination de ces politiques polyarchiques et les décalages entre les politiques multisectorielles formelles et leur mise en pratique (Hellevik 2012) ; la mobilisation inédite d'une société civile et notamment des associations dans le champ d'une action publique de santé (Delaunay et al. 1999; Eboko, Bourdier et Broqua 2011; Gruénais 1999; Herwitz et Le Marcis 2006) ; ou encore la manière dont, malgré les injonctions internationales, l'Etat parvenait à influencer sur les trajectoires politiques nationales (Patterson 2005). Certaines études ont montré comment ces acteurs internationaux (ou ce « global power ») outrepassaient les souverainetés nationales au nom d'une « raison humanitaire », redéfinissant les contours du droit à la santé et façonnant de nouvelles « citoyennetés biologiques » ou « thérapeutiques » de populations locales (Nguyen 2010; Chabrol 2012).

Ce que met en lumière cette thèse est le secteur privé lucratif comme angle d'analyse particulièrement décisif et intéressant, en ce qu'il révèle les dynamiques qui structurent l'action publique de lutte contre le VIH/sida. J'en distinguerai trois.

Premièrement, à la différence de l'Etat, d'organisations internationales, d'ONG ou d'associations, les entreprises privées ne seraient pas intervenues en suivant ce que Didier Fassin appelle une « raison humanitaire », c'est-à-dire en cherchant à préserver la vie pour elle-même (Fassin 2005; Fassin 2010), mais à des fins productives, afin de préserver leur capital humain. Autrement dit, leur engagement ne se situerait pas, *a priori*, sur le registre d'une

« économie morale » mais d'une « économie politique » (Fassin 2009). Or, Michel Foucault a montré que le fondement de l'essor des politiques de santé publique ne se situait pas tant dans la sphère morale que dans la sphère économique (Foucault 2004). C'est ainsi que dans l'Europe du XIX^{ème} siècle, au moment de la révolution industrielle, les entreprises privées ont développé des services et des mutuelles de santé auprès de leurs travailleurs, palliant ainsi l'absence de mesures de prise en charge publiques, afin de préserver leur force de travail. Ces initiatives privées ont ensuite été reprises et généralisées par la puissance étatique, donnant lieu au modèle de l'Etat Providence (Castel 2013). C'est ainsi également que Michel Foucault situait la *Naissance de la biopolitique* (le gouvernement des populations, notamment à travers le champ spécifique de la santé publique), comme étant le corollaire direct de l'essor du néolibéralisme (Foucault 2004). En effet, ce courant économique s'est développé à partir de la théorie du « capital humain », appréhendant l'individu dans sa globalité et promouvant un investissement sur l'ensemble de ses champs d'existence (notamment la santé et l'éducation), à des fins de rentabilité économique (Schultz 1961; Becker 1962). C'est ainsi enfin, qu'en Afrique, des politiques de santé publiques se sont développées à l'égard des populations africaines, à partir du moment où les puissances coloniales ont pris conscience de leur intérêt économique à prendre soin de leur force de travail, c'est-à-dire au début du XX^{ème} siècle (Nguyen 2010).

Ainsi, les entreprises privées représentent des acteurs qui avaient développé une tradition de substitution à l'Etat et des services de santé publique, *avant* que ne se mette en place cette intervention humanitaire massive autour du VIH/sida. Elles représentent, *a priori*, une autre forme de rationalité (la rationalité néolibérale), ayant suscité leur engagement. Cette épidémie a ainsi créé une rupture dans la gestion de leur force de travail, dans la mesure où, pour la première fois, les entreprises ont été appelées à participer, aux côtés d'autres acteurs, à la mise en œuvre de politiques de santé publique.

De cette politisation inédite découle une série de questions. Quel a été l'impact de la mobilisation collective autour du VIH/sida sur le choix d'engagement des entreprises privées ? Les programmes VIH/sida des entreprises privées représentent-ils une réponse économique rationnelle à une menace sur la force de travail de l'entreprise, ou bien le contexte de forte politisation du VIH/sida, a-t-il influencé leur décision et le type d'actions mises en œuvre ? Et quel rôle spécifique les entreprises privées ont-elles joué dans la lutte contre le VIH/sida ? Si elles ont été des leviers d'appui « malgré elles » dans la promotion de l'accès aux ARV, dans quelle mesure leur politisation a transformé leurs modalités de participation ? Les entreprises privées sont-elles des moteurs, proposent-elles des modèles alternatifs, ou bien sont-elles des

simples exécutants de la lutte contre le VIH/sida ? Quel est leur impact au sein de leurs sociétés d'implantation ? Leurs actions favorisent-elles le développement d'un accès à la santé à double vitesse, ou bien bénéficient-elles à un plus large nombre ? A quelles conditions les initiatives privées peuvent-elles bénéficier à l'espace sanitaire public ?

Deuxièmement, dans un contexte où les acteurs publics et privés non lucratifs sont largement dépendants de l'aide internationale, il s'agit d'un acteur qui dispose d'une autonomie financière propre. Ainsi, le positionnement de cet *outsider* devrait permettre de mettre en exergue la manière dont les financements internationaux, en tant qu'« instruments de l'action publique » (Lascoumes 2003), structurent, façonnent, et déterminent la coordination des politiques publiques. Ainsi, il permettra de saisir, à partir d'un angle nouveau, l'« Etat en action » (Muller 2004). Cette spécificité ouvre sur une deuxième série de questions : qu'enseigne l'intégration (ou la non intégration) de cet acteur privé, disposant d'une autonomie financière propre, sur les mécanismes d'une action publique façonnée par l'aide internationale ? Qu'est-ce que l'exemple des entreprises privées nous montre sur la manière dont le droit à la santé est défini au sein de ces politiques extraverties ? Que révèlent les modalités de la politisation des entreprises privées sur le fonctionnement des actions publiques transnationales en contexte africain ?

Troisièmement, les entreprises privées représentent des institutions semi-fermées, qui génèrent des rapports de pouvoirs entre les individus (employés, médecin, personnel de Direction), où les salariés sont à la fois privilégiés et « captifs » et dont la gestion de leur maladie se trouve fusionnée à leur espace de travail. Les entreprises privées cristallisent ainsi, dans un même espace, la tension structurante des politiques de lutte contre le VIH/sida, entre donner la priorité à l'efficacité en termes de santé publique ou à la protection des droits humains. Les employés sont privilégiés par rapport à la population générale, en termes d'accès aux services de santé et contraints par les différentes pressions hiérarchiques et sociales qui se jouent à l'intérieur de l'espace de travail. Comment ces caractéristiques propres aux entreprises privées ont-elles été prises en compte au sein des actions publiques nationales ? Comment se traduisent-elles dans la mise en place des programmes de prévention et de prise en charge du VIH/sida ? Les entreprises privées constituent-elles un lieu privilégié pour favoriser le développement des « techniques de soi », ou bien constituent-elles des lieux où dominent des logiques coercitives (Le Texier 2012) ?

Jusqu'à présent, les études portant sur le secteur privé et le VIH/sida ont essentiellement eu pour objectif de démontrer l'efficacité et les avantages que retireraient les entreprises privées à mettre en œuvre des programmes VIH/sida en entreprises, dans une approche « gagnant-gagnant ». Les premiers travaux, portés par la *Harvard Institute for International Development et la Boston University School of Public Health (BUSPH)*, datent du début des années 2000, et adoptent une posture scientifique biomédicale et engagée (Simon et al. 2000; Rosen et Simon 2003). En effet, d'un point de vue de santé publique, les entreprises privées sont apparues comme un acteur disposant de ressources propres (financières, expertise, matérielles), d'une population « captive », et d'une rationalité supposée efficace (car guidée par leurs intérêts), représentant un lieu d'expérimentation et d'évaluation privilégié de stratégies novatrices (Stenson et al. 2005; Van der Borgh, Janssens, et al. 2009). Dans un contexte où les systèmes de santé sont structurellement dysfonctionnels, les entreprises privées se sont présentées comme des acteurs dont il fallait encourager l'engagement (Rosen et al. 2003; Coates et al. 2007).

Certaines études de sciences sociales ont mis en lumière les effets sociaux de dépendance et de vulnérabilité accrue des employés face à leur employeur (Hayem 2005; Rajak 2010a), ainsi que les décalages entre la rhétorique employée par le secteur privé faisant référence à la préservation de leur capital humain et les rationalités réelles qui ont été à l'œuvre (Dickinson et Stevens 2005; Vilaça 2009). Cependant, ces recherches restent marginales ou focalisées sur le contexte spécifique des entreprises minières d'Afrique australe. Et si l'articulation des entreprises privées avec les acteurs extérieurs est abordée, elle en constitue le contexte, et non pas le cœur des analyses. Cependant, l'analyse politique de l'intégration des entreprises privées dans une action publique nationale n'a pour l'instant, pas encore été effectuée. Avant de présenter les pistes de questionnements et les hypothèses guidant cette recherche, je propose de définir les acteurs qui seront étudiés ici.

Définition de l'objet, questions de recherche et hypothèses

Le secteur privé lucratif auquel je ferai référence n'est pas celui évoluant au sein des arènes globales de santé, à savoir, les firmes pharmaceutiques, les fondations privées, ou certaines firmes multinationales. Je n'étudierai pas non plus les structures de santé privées implantées au

niveau local, tels que les cliniques privées, les laboratoires ou les officines privés. Au sein de cette recherche, les entreprises privées concernées sont des entreprises implantées à un niveau local et dont la santé représente un champ d'action à la fois marginal et intégré, en tant que fonction support de leurs activités de production. Il peut s'agir de filiales d'entreprises multinationales, d'entreprises au capital mixte (national et international) ou d'entreprises purement nationales. Cette recherche ne s'attache donc pas à analyser les partenariats public-privé de santé internationale (PPPSI) dans le domaine de la santé globale, déjà étudiés par ailleurs (Guilbaud 2012), et peu développés au niveau local.

Il s'agira davantage de questionner les entreprises privées comme *des partenaires et des acteurs de mise en œuvre de l'action publique de lutte contre le VIH/sida* (prévention et prise en charge). Il s'agira également d'interroger les modalités de collaboration entre les acteurs privés et les autres acteurs participant à l'action publique transnationale mise en œuvre au niveau local.

Plus spécifiquement, je questionnerai *la paradoxale politisation des entreprises privées dans une action publique de lutte contre le VIH/sida*. En effet, selon l'approche néolibérale, les entreprises privées représenteraient l'unité sociale la plus à même de jouer le rôle de *modèle* au sein de la société. En effet, en étant façonnées et régies par la loi pure et parfaite du marché, suivant les règles de l'économie politique, elles constitueraient un lieu de véridiction. Les initiatives pionnières des entreprises privées dans l'accès aux ARV pourraient être interprétées selon ce cadre théorique. Les entreprises privées développeraient ainsi des actions pour préserver leur « capital humain », non pas à des fins sociales ou éthiques, mais parce qu'il s'agirait de leur intérêt économique direct. Par là-même, elles pourraient ainsi devenir un « modèle » dans la promotion de la santé publique à plus large échelle, à la seule condition qu'elles ne soient pas contraintes par des acteurs publics, qu'elles continuent d'agir selon leurs propres intérêts, et que leurs spécificités soient respectées. Or, dans la pratique, c'est le modèle de leur insertion et de leur participation à des politiques publiques multisectorielles qui s'est imposé. Quel a été l'impact de cette politisation de cet acteur gouverné par une rationalité néolibérale, que l'on pourrait qualifier de « contre-nature » ?

Je formule donc, comme hypothèse principale, que : les entreprises privées sont appelées, de manière inédite, à participer à une action publique sanitaire locale, en suivant, non pas tant une dynamique de privatisation des politiques publiques observable au niveau global ou dans d'autres secteurs, qu'un processus de « dé-différenciation » et de « publicisation » des acteurs

qui en découle, et qui tend à transformer les entreprises privées en acteur de l'action publique équivalent aux autres acteurs.

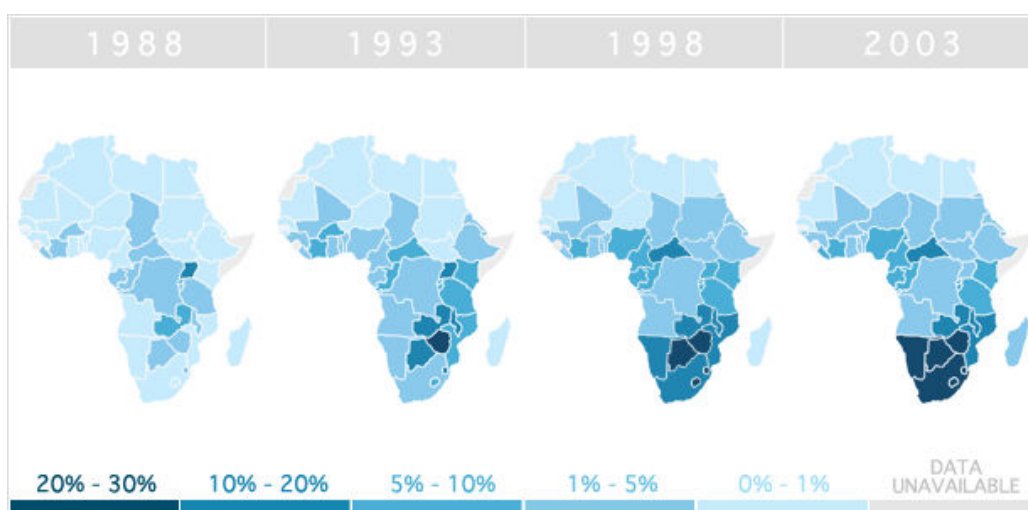
Dès lors, deux hypothèses secondaires en découlent : a) La politisation des entreprises privées génère une « dé-différenciation » partielle des entreprises privées au sein de l'action publique de lutte contre le VIH/sida, qui gomme leurs spécificités tant positives (lieu de modèle), que négatives (lieu de vulnérabilité) et b) l'intégration des entreprises privées au sein d'une action publique rentre en tension avec les fondements de l'approche néolibérale qui continue de déterminer, *in fine*, la rationalité des entreprises privées globalisées, générant un ensemble d'effets inattendus.

La Côte d'Ivoire : un contexte fécond

La Côte d'Ivoire représente un contexte particulièrement intéressant pour analyser cette problématique. Je fais donc l'hypothèse que le contexte ivoirien, que j'appellerai un « contexte intermédiaire », met en exergue l'impact aussi déterminant que paradoxal de la politisation des entreprises privées dans leur engagement contre le VIH/sida.

Tout d'abord, ce pays présente un contexte épidémiologique « intermédiaire ». L'épidémie du VIH/sida y est relativement modérée (3,7% en 2012) (MSLS Côte d'Ivoire 2013), en comparaison aux contextes hyper-endémiques (prévalence supérieure à 15%) de certains pays d'Afrique australe (cf. Figure 2). Au regard du contexte de l'Afrique australe, l'impact du VIH/sida sur la santé de la force de travail y est ainsi moins important. D'un autre côté, elle est l'un des pays les plus touchés de la sous-région ouest africaine, certains pays comme le Sénégal, le Niger ou le Mali ne dépassant pas les 1% de prévalence (cf. Carte 1). Elle a été perçue pendant longtemps comme l'épicentre de l'épidémie dans la région. Tandis que les taux de prévalence étaient estimés à 12,5% en 1999, ils ont ensuite été réévalués à la baisse, ayant probablement atteint un pic à 6,6% en 1999¹⁵. Au regard du contexte de la sous-région ouest africaine, la réalité et la perception catastrophique de l'impact de la maladie y est ainsi plus élevée.

¹⁵ <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

Figure 2 Évolution de la prévalence du VIH/sida en Afrique subsaharienne (1988 - 2003)

Source : <http://www.avert.org/history-hiv-aids-africa.html>

Carte 1 Prévalence du VIH/sida en Afrique de l'Ouest (élaborée à partir des estimations Onusida 2013¹⁶)

La Côte d'Ivoire est « intermédiaire », ensuite, d'un point de vue économique. A l'échelle des 55 pays du continent, la Côte d'Ivoire se hisse en 15^{ème} position des pays les plus riches (suivant un classement en termes de PIB). Si elle se situe loin derrière l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Nigéria ou l'Égypte, elle représente la première puissance économique

¹⁶ Pour la Côte d'Ivoire, les différences de séroprévalence s'expliquent par les différences de modes de calcul entre l'EDS (3,7%) et l'Onusida (2,7%). A des fins comparatives, les données de l'Onusida sont utilisées dans cette carte, bien que les données de l'EDS soient certainement plus fiables.

francophone de l’Afrique de l’Ouest. Qualifiée de « vitrine » des colonies de l’Afrique de l’Ouest, puis de « miracle ivoirien » au temps de son président Houphouët-Boigny (1960 - 1993), son économie prospère a longtemps constitué un moteur de la sous-région, le pôle d’attraction de la main d’œuvre de ses pays voisins et un véritable « modèle » (Contamin et Memel-Fotê 1997). Premier exportateur mondial de café-cacao, disposant de larges ressources complémentaires (bois, coton, plantations, énergie, services, etc.), attirant des dizaines de milliers d’expatriés français, la Côte d’Ivoire a été une terre d’investissement de grandes entreprises internationales. Affaiblie par un décennie de crises politiques (2000 – 2011), la Côte d’Ivoire renoue aujourd’hui avec un modèle libéral, sous la houlette de son président Alassane Dramane Ouattara (ADO), élu chaotiquement en 2011. En effet, cet ancien économiste du FMI et vice-gouverneur de la BCEAO (Banque centrale des États d’Afrique de l’Ouest) tient à ce que la Côte d’Ivoire renoue avec son passé, en redevenant une terre de prédilection des investisseurs étrangers. L’ambition affichée est de devenir un pays émergent d’ici 2020.



Abidjan, quartier du Plateau

Ainsi, lorsque le VIH/sida a touché le pays, certaines grandes entreprises privées et multinationales ont initié des programmes d’accès aux ARV à leurs employés, tels que la Compagnie ivoirienne d’électricité (CIE), la Société de distribution de l’eau de Côte d’Ivoire (SODECI), IPS/Filtistac, le Port autonome d’Abidjan (PAA), l’Agence nationale de développement rural (Anader), etc.), Shell, Uniwax, Nestlé, Unilever, Total, etc. A ce moment, le coût des ARV s’élevait à 530 \$ par patient et par mois et en dehors des patients issus de la cohorte de l’ « Initiative Onusida », les employés d’entreprises faisaient partie des rares individus ayant accès aux traitements.

Enfin, ce pays est « intermédiaire » du point de vue des politiques de lutte contre le VIH/sida. A la fin des années 1990, la Côte d'Ivoire a été l'un des pôles de la lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne. En 1997, elle a accueilli la très médiatique X^{ème} Conférence internationale sur le VIH/sida et les MST en Afrique (CISMA). En 1998, elle a été choisie comme l'un des quatre pays de l' « Initiative Onusida », destinée à démontrer la faisabilité de la prise en charge des patients infectés par le VIH/sida par les ARV au Sud. Cependant, la volonté politique s'est ensuite affaiblie, le pays se rangeant comme un « adhérent passif » des injonctions internationales. En effet, la réponse nationale de la lutte contre le VIH/sida est particulièrement dépendante de l'aide internationale, représentant 87% de son budget (CNLS Côte d'Ivoire 2010), financés majoritairement par le Pefar, ainsi que par la Banque mondiale et le Fonds mondial et de nombreuses agences de coopération internationales. Elle a intégré pleinement la mise en œuvre formelle des politiques multisectorielles, faisant participer le secteur privé aux différents niveaux de la mise en œuvre des politiques publiques (décision, mise en œuvre).

Approche méthodologique et plan de thèse

Cette recherche constitue une étude scientifique inédite consacrée exclusivement à l'étude de l'intégration des entreprises privées au sein d'une action publique transnationale dans le contexte de l'Afrique subsaharienne contemporaine, à partir de l'exemple du VIH/sida. Il s'agit d'un objet de recherche fécond, dans la mesure où elle permet de repenser le rôle de l' « économie politique », dans un contexte façonné par l' « économie morale ». Une méthodologie qualitative a été choisie pour traiter cette problématique. L'objectif était d'analyser d'une part, l'interaction des entreprises privées avec les autres acteurs, co-construisant collectivement l'action publique (Hassenteufel 2011) et d'autre part, l'articulation de ces enjeux macro avec des enjeux micro, suscités par les initiatives privées mises en œuvre au sein des entreprises privées. Alors que jusqu'à présent, la littérature scientifique traitant de l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida a essentiellement adopté une méthodologie quantitative et biomédicale, cette approche qualitative permettra de mettre au jour des phénomènes jusque là pris pour acquis, et d'adopter une posture critique vis-à-vis du présupposé épistémologique, attribuant aux entreprises privées une rationalité purement économique. Ainsi, je souhaite remettre en cause l'*homo economicus* au cœur des études

majoritaires de santé publique. L'approche qualitative est également privilégiée afin de tenter de combiner les échelles d'analyse diverses micro, méso et macro, qui animent autant la construction de l'action publique transnationale que l'organisation des entreprises internationales et multinationales.

D'autre part, j'ai choisi d'effectuer une comparaison asymétrique avec le Cameroun, utilisé comme un « cas de contrôle ». En effet, ce pays présente à la fois des similitudes avec la Côte d'Ivoire (épidémie généralisée, forte dépendance à l'aide internationale, capitale économique sous régionale) et des différences (régime politique stable, bailleurs en présence) qui permettront de valider ou de nuancer les hypothèses de recherche.

Cette recherche est structurée en huit chapitres, répartis en trois grandes parties.

La première partie, intitulée « Les entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida : positionnement théorique, épistémologique et méthodologique » vise à définir mon inscription théorique, présenter le contexte scientifique dans lequel mon étude s'inscrit et expliciter ma démarche méthodologique. Dans un premier temps, l'enjeu consiste à montrer la manière dont l'étude des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire représente un angle d'analyse marginal, original et fécond pour appréhender les dynamiques sous-tendant la construction de l'action publique transnationale en contexte africain (Chapitre 1). Dans un second temps, il s'agit de présenter de manière détaillée la méthodologie de recueil des données sur le terrain, de l'échantillon et de la démarche comparative entre la Côte d'Ivoire et le Cameroun, ainsi que des limites rencontrées (Chapitre 2).

La deuxième partie, intitulée « Politisation et 'dé-différenciation' des entreprises privées au sein de l'action publique de lutte contre le VIH/sida » est le premier volet de restitution du travail de terrain. Cette partie s'appuie sur un travail comparatif entre la Côte d'Ivoire et le Cameroun. Elle aborde la problématique essentiellement d'un point de vue macrosociologique, se focalisant sur l'interaction constante entre les entreprises privées et leur environnement dans les processus ayant conduit la mise en œuvre de leurs programmes. Dans un premier temps, j'analyse les facteurs qui ont conduit à la mise en œuvre des programmes VIH/sida des entreprises privées, en distinguant les facteurs que j'appellerai « bioéconomiques » (préserver leur capital humain), sociaux (préserver leur cohésion sociale) et symboliques (valoriser leur image) (Chapitre 3). Dans un second temps, je mets en évidence la manière dont le rôle des

entreprises privées au sein de l'action publique est déterminé par leur positionnement au sein d'une configuration d'acteurs plus large. Pour ce faire, je m'appuie sur la comparaison entre leurs initiatives dans la lutte contre le VIH/sida et pour l'accès aux ARV au début des années 2000 avec celles se développant actuellement dans la prévention et la prise en charge de l'hépatite virale B (Chapitre 4). Dans un troisième temps, je traite de la manière dont les entreprises privées ont été insérées au sein des cadres des actions publiques nationales et des paradoxes, impasses, ou points aveugles de cette politisation « contre-nature » (Chapitre 5). Enfin, je questionne le processus par lequel les entreprises privées peuvent, ou pas, encore apporter des modèles alternatifs dans la lutte contre le VIH/sida, malgré le contexte d'aide internationale massive. Pour ce faire, j'étudie particulièrement leur rôle dans le cadre du défi actuel majeur de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida (Chapitre 6).

La troisième partie, intitulée « 'Re-différencier' les entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida » est le second volet de restitution du travail de terrain. Elle se positionne d'un point de vue microsociologique et s'attache à démontrer la spécificité des entreprises privées, à partir de leurs pratiques. Dans un premier temps, j'insiste sur l'ambivalence profonde des entreprises privées qui se présentent à la fois comme un lieu d'efficacité et un lieu de coercition. Je m'appuie ici sur l'exemple de la pratique du dépistage du VIH/sida (Chapitre 7). Dans un second temps, j'analyse l'impact social, sociétal et politique des entreprises privées. Je tente de mettre en exergue les contradictions, les tensions et les paradoxes auxquels ces acteurs privés font face, en étant multi-positionnés du local au global, se devant de réconcilier des exigences néolibérales, morales, managériales et sociales (Chapitre 8). Je soulignerai ainsi la « différenciation » intrinsèque de cet acteur, nécessitant une « re-différenciation » tant épistémologique que politique.

Partie I:
Les entreprises privées
dans la lutte contre le
VIH/sida :
positionnement
théorique,
épistémologique et
méthodologique

Chapitre 1. **Analyser la participation des entreprises privées à une action publique transnationale en contexte africain**

Au cours de cette recherche, je m'attacherai à analyser les facteurs, les modalités, les tensions et les paradoxes de participation des entreprises privées à une action publique transnationale de santé dans le contexte de l'Afrique contemporaine. Ce phénomène est en effet inédit à double titre. En premier lieu, d'un point de vue empirique, dans la mesure où les entreprises privées ont été appelées à être des partenaires dans la mise en œuvre de politiques transnationales, au même titre que les Etats, les organisations internationales, les ONG ou encore les professionnels de santé, tranchant avec leur autonomie intrinsèque et leur tradition de substitution à l'Etat dans la gestion de leurs affaires sociales. En second lieu, d'un point de vue théorique. Une analyse proprement politique de ce phénomène n'a en effet pas encore été conduite à un niveau d'échelle local.

Dans ce chapitre, je me propose d'inscrire le contexte empirique et théorique de ce phénomène, pour présenter ensuite mon propre cadre d'analyse. C'est-à-dire que je situerai, d'une part, les manifestations de ce phénomène dans le contexte de la gouvernance mondiale actuelle, caractérisée par sa privatisation et sa transnationalisation. Et d'autre part, je positionnerai ma recherche au sein du champ scientifique de l'analyse des politiques publiques, de la politique africaniste, du VIH/sida, voire de la gestion.

Cette démarche s'effectuera en quatre temps. Premièrement, j'exposerai la manière dont le secteur privé est devenu aujourd'hui un acteur ascendant dans le champ de la santé mondiale, se manifestant de deux manières : par sa participation croissante au sein des arènes politiques de la santé internationale, et par la montée et l'attractivité du courant promouvant la Responsabilité sociale des entreprises (RSE). Deuxièmement, je présenterai la spécificité de l'implication des entreprises privées dans le domaine du VIH/sida au sein de contextes

fortement endémiques. Celle-ci se présente en effet comme une réponse endogène à une menace directe sur la santé de la force de travail. Troisièmement, je mettrai en perspective la question de la participation d'un acteur privé à une action publique transnationale, par rapport aux spécificités des contextes politiques de l'Afrique subsaharienne contemporaine. Enfin, je proposerai le modèle d'analyse qui guidera cette recherche, ainsi que les notions qui seront mobilisées.

1. L'ascension croissante des acteurs privés au sein de la gouvernance mondiale

Au sein de la gouvernance mondiale actuelle, le secteur privé apparaît à bien des égards, comme un acteur « providentiel » face aux difficultés que rencontrent aujourd'hui des autorités étatiques en perte de légitimité. Deux phénomènes attestent de cette montée croissante du secteur privé dans la sphère publique : sa participation accrue aux arènes politiques de la santé mondiale et l'essor du courant promouvant la Responsabilité sociale des entreprises (RSE). Au regard de ces approches dites « gagnant-gagnant » qui s'apparenteraient davantage à des formules incantatoires qu'à des modèles scientifiquement fondés (Boidin 2014, 56), il apparaît nécessaire de démêler les fondements théoriques, les modalités, les conditions d'applications et les spécificités de chacune de ces approches.

1.1. L'approche participative : l'insertion du secteur privé au sein de la santé mondiale

Dans le champ de la santé mondiale, la participation croissante du secteur privé s'est d'abord manifestée par l'appui financier et matériel qu'il a apporté à l'aide internationale allouée à la santé. Celle-ci s'est accrue considérablement durant ces deux dernières décennies, passant de 5,6 milliards à 21,8 milliards de dollars entre 1990 et 2007¹⁷. Si les programmes verticaux en

¹⁷ Dans cette étude, Narmila Ravishankar et son équipe analysent l'évolution de l'aide dédiée à la santé depuis 1990 à 2007. Ils intègrent les données de différents acteurs de financement pour la définition d'une aide globale, à savoir : les agences de développement bilatérales, les banques de développement régionales, la Banque mondiale (BIRD et ADI), les agences onusiennes (OMS, Unicef, FNUAP, Onusida), la commission européenne, GAVI, le Fond mondial, les fondations privées et ONG.

direction de maladies ciblées (VIH/sida, paludisme, tuberculose), en sont l'une des causes principales, la contribution du secteur privé y a participé de manière significative, passant de 19% à 26,7% à l'aide globale entre 1998 et 2007 (Ravishankar et al. 2009). Cet apport du secteur privé est lié à l'accroissement des donations philanthropiques de fondations privées telle que la fondation *Clinton* ou *Bill & Melinda Gates* (représentant à elle seule 3,9% de l'aide totale en 2007, soit près de 2 milliards de dollars), ainsi qu'aux contributions en nature des grandes entreprises (essentiellement pharmaceutiques) (Ravishankar et al. 2009). Ainsi, durant ces dernières années, s'est intensifiée la mise en œuvre d'initiatives de santé internationale, institutionnalisées sous la forme de partenariats public-privé de santé internationale (PPPSI), c'est-à-dire « des relations de coopération institutionnalisées à dimension internationale entre des acteurs des secteurs public et privé comprenant au moins un acteur à but lucratif, qui s'engagent, par la formation d'une structure de gouvernance identifiable et permanente, à fournir un bien collectif sanitaire »¹⁸ (Guilbaud 2012). Ces PPPSI concernent essentiellement les entreprises pharmaceutiques.

La participation du secteur privé à la santé des populations n'est pas un phénomène nouveau. La fondation Rockefeller, créée en 1913, apparaît comme l'acteur principal de la santé internationale durant toute la première moitié du XX^{ème} siècle¹⁹ (Guilbaud 2012, 70). Cependant, ce qui est aujourd'hui inédit, c'est que les politiques de santé internationales s'orientent vers une *participation globale* accrue du secteur privé : délégation de services et de compétences, apport technique, matériel et financier, mais également, participation à l'élaboration des stratégies ainsi qu'aux processus décisionnels des politiques de santé globales. Ce processus « irréversible » constitue une transformation majeure de ces dernières années (Lidén 2013; Guilbaud 2012). Auriane Guilbaud a montré que cette insertion progressive du secteur privé au sein de la gouvernance mondiale de la santé se caractérisait, d'un côté, par le fait que la plupart des initiatives de santé internationale récentes se sont créées sous la forme

¹⁸ Auriane Guilbaud définit les PPPSI comme : « des relations de coopération institutionnalisées à dimension internationale entre des acteurs des secteurs public et privé comprenant au moins un acteur à but lucratif, qui s'engagent, par la formation d'une structure de gouvernance identifiable et permanente, à fournir un bien collectif sanitaire ». Dans son étude, Auriane Guilbaud identifie 17 PPPSI : Accelerating Access Initiative (AAI), International Trachoma Initiative (ITI), Drug Neglected Diseases initiative (DNDi), Stop TB Partnership (Stop TB), International Aids Vaccine Initiative (IAVI), Malaria Vaccine Initiative (MVI), Roll Back Malaria (RBM), Global Alliance to Eliminate Leprosy (GAEL), Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis (GAELF), Medicines for Malaria Venture (MMV), African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP), Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance), Fonds Mondial contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), Mectizan Donation Program, AERAS Global TB Vaccine Foundation, Children Without Worms(CWW), Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) (Guilbaud 2012, 327).

¹⁹ La fondation Rockefeller a initié des actions dans près de 80 pays dans le monde, concernant l'éradication de l'ankylostome, de la fièvre jaune ou du paludisme. Elle mène, à cette époque, davantage d'actions que l'Organisation internationale d'hygiène publique (OIHP) ou que l'organisation d'hygiène de la Société des nations (SDN).

d'une collaboration ou d'un partenariat avec le secteur privé (PPPSI), tel que le Fonds mondial ; et d'un autre côté, par la participation croissante du secteur privé aux processus décisionnels des institutions de santé traditionnelles, telle que l'OMS, non sans poser de résistances. Les entreprises privées participent désormais aux conseils d'administration, aux processus de plaidoyer, ou aux négociations des réglementations, incluant notamment des accords internationaux sur la protection des droits de propriété intellectuelle (tel que l'ADPIC²⁰).

Cependant, l'apport des acteurs privés à but lucratif est à relativiser. Tout d'abord, parce que la participation des entreprises pharmaceutiques aux partenariats public-privé de santé internationale (PPPSI) destinés à développer des produits (traitements ou tests diagnostics)²¹, s'apparente à une stratégie de « recherche & développement ». En effet, le partenariat avec des acteurs publics leur procure divers avantages tels que le partage des risques financiers ou la pénétration de nouveaux marchés. Les entreprises privées s'investissent ainsi au sein des politiques de santé globales afin de préserver leurs intérêts commerciaux (Guilbaud 2012, 343). Ensuite, l'apport du secteur privé aux initiatives de santé internationales n'est pas tant constitué de financements directs que de contributions en nature : donation ou réduction du prix des médicaments, donation de matériel, expertise technique et scientifique, expertise marketing, extension de leurs actions, délégations d'activités (Guilbaud 2012). L'échec de la mobilisation des fonds privés au sein du Fonds Mondial, qui ne contribuent finalement qu'à hauteur de 0,2% du budget global²², a entériné le constat que le secteur privé ne peut pas constituer une alternative solide, ou du moins un complément conséquent, au financement direct de la santé. C'est ainsi que la recherche de mobilisation des financements privés s'est orientée vers la création d'instruments de prélèvements indirects, telle que l'Unitaid, créée en 2006²³ (taxe sur les billets d'avion), bien que ce moyen ne soit pas non plus exempt de fortes résistances de la part du secteur privé²⁴ (Lidén 2013, 43). Enfin, ces partenariats public-privé présentent comme avantage collatéral de permettre aux entreprises pharmaceutiques de répondre à la critique éthique récurrente de leurs faibles investissements envers les pays à ressources limitées (Boidin 2014, 121).

²⁰ Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

²¹ Tels que le DNDi, l'IAVI, le MVI, le MMV, la TB Alliance, l'Aeras, ou le FIND, (Guilbaud 2012, 327)

²² En 2012, sur un budget de 24,3 milliards\$, les entreprises privées ont contribué à 45,5 millions\$, dont 38 millions\$ étaient issus d'un donateur unique (Lidén 2013, p.43).

²³ Unitaid est une initiative lancée en 2006 par les présidents brésilien Lula et français Chirac.

²⁴ A cet égard, les difficultés à mettre en œuvre la taxe Tobin sur les produits financiers sont révélatrices de ces résistances : évoquée en 1972 par James Tobin, afin de réguler la volatilité des taux de change, l'idée de cette taxe a été reprise par des associations de la société civile, afin notamment d'affecter ses revenus à l'aide au développement.

A la recherche d'un « compromis politique » :
entre le « tout public » et le « tout privé »

L'essor de ce modèle participatif témoigne d'une recherche actuelle de compromis entre le « tout public » des années 1960 – 1970 et le « tout marché » des années 1980 et 1990, des modèles de politiques de développement envers les pays à ressources limitées (Boidin 2013). L'échec sans appel des programmes d'ajustement structurel (PAS) des institutions de *Bretton Woods*, ainsi que de l'initiative de Bamako (1987) qui instauraient le recouvrement des coûts par les usagers privés (Campbell 1995; Moatti et Ventelou 2009; Ridde et Girard 2004)²⁵, a conduit à relativiser le rôle « providentiel » du secteur privé. Ces stratégies étaient fondées sur le désengagement de l'Etat, la mise en concurrence de l'offre de santé et une privatisation du financement de la santé par les clients. D'autres stratégies plus sociales ont depuis alors été redéployées : l'exemption du paiement des soins pour certaines catégories vulnérables (Olivier de Sardan et Ridde 2013), l'adoption des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) faisant une large place aux enjeux de santé (mortalité infantile, santé maternelle et VIH/sida) ou la promotion de la couverture maladie universelle²⁶. Le rôle de l'Etat a été réaffirmé, avec notamment la déclaration d'Abuja en 2001, dans laquelle les Etats africains ont promis d'accorder 15% de leur budget à la santé.

Il est à noter que la Côte d'Ivoire illustre particulièrement les échecs des programmes d'ajustement structurel, et l'incapacité de ces politiques libérales à générer du développement humain (Mahieu 1995). Bonnie Campbell (Campbell 1995) a montré comment la Côte d'Ivoire était passée du rang de « modèle économique » pour son modèle libéral (bien que dirigiste), félicitée par les institutions de *Bretton Woods* jusque dans les années 1980, comme en atteste un rapport produit en 1978, *Ivory Coast : the challenge of success* (Banque Mondiale 1978), à celui de « mauvais élève » (Banque Mondiale 1994). Au cours des années 1990, la Banque mondiale a ainsi analysé l'échec du programme d'ajustement structurel ivoirien, non pas comme la marque d'une approche défailante ultralibérale, mais comme la conséquence de décisions politiques nationales inappropriées. Selon la Banque mondiale, la Côte d'Ivoire serait l'exemple même qu'un « ajustement insuffisant risque de gravement compromettre le niveau de

²⁵ Jean-Paul Moatti et Brano Ventelou (Moatti et Ventelou 2009) affirment : « Le recouvrement des coûts n'a en rien constitué une réponse aux problèmes de financement d'ensemble des systèmes de santé, ne contribuant jamais pour plus de 5 % au total des dépenses, et ne s'est accompagné d'aucun gain d'efficacité significatif à l'échelle d'ensemble. Le fait que la majorité du financement provienne de paiements directs aggrave même les inefficacités en limitant le pouvoir de négociation des autorités publiques face aux professionnels de santé et autres offreurs de soins. ».

²⁶ Voir la Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA64.9 sur les « Structures durables de financement de la santé et couverture universelle » (24 mai 2011).

vie des pauvres » (Banque Mondiale 1994, 189). Alors que la décennie de crises politiques avait généré le retrait d'institutions financières internationales, notamment de la Banque africaine de développement (BAD) migrant à Tunis en 2004, celle-ci a marqué son retour à la fin de l'année 2014. Cette institution promeut avec ferveur les approches partenariales public-privé, les définissant « *comme l'un des meilleurs moyens de favoriser le développement, du fait de l'insuffisance des investissements, de la pression croissante qui s'exerce sur le budget de l'État et d'une préoccupation générale relative aux services fournis par des entreprises et organismes étatiques* »²⁷. Il s'agit cependant d'une conception du développement au sens large, puisque ces PPP concernent essentiellement le domaine des infrastructures économiques physiques, sans intégrer les domaines sociaux.

Ainsi, l'insertion du secteur privé comme un partenaire des politiques de santé mondiale a représenté une nouvelle modalité politique afin de parvenir à une articulation équilibrée du rôle des acteurs publics et privés. En complément de cette approche participative s'est développé un courant promouvant un engagement éthique et social des entreprises, celui de la « Responsabilité sociale des entreprises » (RSE).

1.2. L'approche responsable : l'essor de RSE

La RSE : une moralisation du capitalisme ?

Face à une dénonciation grandissante de l'impact social et environnemental des firmes multinationales, des organisations de la société civile ont exhorté les opérateurs privés à prendre davantage en compte les externalités négatives de leurs activités, voire à devenir les acteurs d'une paix et d'une justice sociale en allant au-delà de leurs prérogatives légales. Le concept de « Responsabilité sociale des entreprises » (RSE) s'est popularisé à la fin des années 1990, dans un contexte de déclin des Etats providence au Nord et de « faiblesse » des Etats au Sud. Selon la Commission Européenne, dont la définition fait figure de référence :

« Le concept de la responsabilité sociale des entreprises signifie essentiellement que celles-ci décident de leur propre initiative de contribuer à améliorer la société et rendre plus propre l'environnement (...) cette responsabilité s'exprime vis-à-vis des salariés et plus généralement de toutes les parties prenantes (*stakeholders*) qui sont concernées par l'entreprise mais, à leur tour, influent sur sa réussite » (Commission Européenne 2001, 5).

²⁷ <http://www.afdb.org/fr/topics-and-sectors/sectors/private-sector/areas-of-focus/public-private-partnerships>.

L'implication sociale des entreprises privées n'est pas un fait nouveau. Au XIX^{ème} siècle, lors de la révolution industrielle, certaines entreprises privées ont mis en place des expériences « paternalistes » (Le Play 1964). En Amérique latine, la *United Fruit Company* a initié des programmes de la lutte contre les maladies tropicales au début du XX^{ème} siècle, guidés par des considérations économiques et civilisatrices. Cependant, le concept de « RSE » renouvelle le débat sur le positionnement des entreprises privées vis-à-vis de la société et de l'Etat, dans le contexte actuel de la globalisation (Hommel 2006). Si ses premiers théoriciens sont apparus à partir des années 1950²⁸, c'est au tournant du siècle que cette approche s'est institutionnalisée. Des organisations de promotion et d'accompagnement des entreprises ont été créées (*Global Reporting Initiative* en 1997, *Global Compact* en 2000) ainsi que des guides (Commission Européenne 2001), des normes internationales relatives à la responsabilité sociétale des organisations ont été élaborées (Norme ISO 26000 en 2010), et des outils de gestion ont été adoptés par les entreprises (codes de bonne conduite, chartes, rapports développement durable, certification sociale, labellisation sociale, etc.). Du côté du monde académique, de nombreux ouvrages vantent le potentiel de la responsabilité sociale des entreprises en matière de régulation et de moralisation du capitalisme (Duval 2003; Postel et al. 2011) et de lutte contre ses maux et ses externalités telle que la pauvreté (Lodge et Wilson 2006; Yunus et al. 2012). Cependant, quel peut être l'intérêt des entreprises à s'engager dans le domaine social ?

A l'origine, l'élaboration du concept RSE s'inscrit dans une perspective partenariale (ou instrumentale), s'inspirant de la « théorie des parties prenantes », selon laquelle il peut être bénéfique pour l'entreprise de tenir compte des revendications des acteurs qui évoluent dans sa sphère d'influence : sous certaines conditions et à plus long terme, les activités sociales et la maximisation du profit de l'entreprise ne s'opposent plus, voire se renforcent (Jensen 2002). Il s'agit de prendre en compte les revendications des « parties prenantes » et d'agir en conséquence, notamment pour assurer une certaine paix sociale, voire une justice sociale. Capron définit la RSE comme « *les modalités de réponses de l'entreprise aux interpellations sociétales, en produisant des stratégies, des dispositifs de management, de contrôle, d'évaluation et de reddition* » (Capron 2008).

²⁸ En 1953, Howard Rothmann Bowen définit déjà la RSE comme « l'obligation des hommes d'affaires, de mettre en œuvre les politiques, de prendre des décisions et de suivre des lignes de conduite qui répondent aux objectifs et aux valeurs considérées comme désirables par notre société » (Bowen 1953); suivent ensuite les apports théoriques de (Davis et Blomstrom 1966), celle considérée comme fondamentale de Archie B. Carroll (Carroll 1977), où la RSE est « ce que la société attend des organisations en matière économique, légale, éthique et volontaire, à un moment donné », puis (Jones 1980) (Wood 1991), (Clarkson 1995) etc..

Une vision intégrée de la RSE impute aux entreprises un rôle politique plus affirmé, voire une co-responsabilité politique élargie (Sheerer et Palazzo 2008) : en dépassant une vision réactive, les entreprises sont amenées à jouer pleinement leur rôle « citoyen ». En raison de la globalisation, de la diminution des capacités des Etats-nations à résoudre des problèmes publics transnationaux, et des « méta-pouvoirs » qu'elles ont développés (ressources financières, choix des pays où elles souhaitent investir), elles sont amenées à accroître leur participation aux processus publics de prise de décision politique et à coopérer activement. Certaines approches vont même jusqu'à conférer aux entreprises le devoir « citoyen » d'être les garants des droits civiques de leurs employés (Dhaouadi 2008).

L'auto-régulation comme condition

Cependant, le mouvement promouvant la RSE ne cherche pas tant la participation des entreprises privées aux actions publiques des pays dans lesquels elles évoluent, qu'à ce que ces entreprises développent leurs propres responsabilités sociale, sociétale et environnementale. Or, si les entreprises privées acceptent d'engager des actions sociales et environnementales, c'est à la seule condition de le faire sous la forme non contraignante du volontariat. Ainsi, les actions sociales initiées par les entreprises privées à un niveau local restent généralement en dehors des processus traditionnels de contrainte de l'Etat (législation, fiscalité, etc.), leur permettant de garder la mainmise sur le processus et de conserver le choix du contenu et du *timing*. Aujourd'hui, trois grands types d'instruments peu contraignants sont utilisés, à savoir les « codes de conduite » et les chartes internes aux entreprises, les labels ou certificats attribués par des organismes indépendants et le recours à des organismes de conseil spécialisés dans les « investissements socialement responsables », complétés par des normes, guides et créations de réseaux internationaux²⁹.

Or, les fondements de cette approche sont à bien des égards fragiles et sont l'objet de certaines critiques, bien que minoritaires dans le monde tant académique que politique. Premièrement, certains soulignent les principes utopiques sur lesquels cette approche se fonde tels que la priorité que les entreprises accorderaient à des actions sociales au détriment de leurs profits ou alors l'attention qu'elles accorderaient aux parties prenantes en dépit des pressions des actionnaires. En effet, l'approche de la RSE s'oppose fondamentalement à la théorie

²⁹ Tels que le *Global Compact* de l'ONU (2000), regroupant des entreprises s'engageant à adopter une attitude socialement responsable, la promotion des conventions internationales du travail de l'OIT, les *Principes directeurs à l'intention des firmes multinationales* de l'OCDE (2000), le « livre vert » de la Commission européenne, la loi sur les « nouvelles régulations économiques » du gouvernement français, etc..

économique libérale aujourd'hui dominante. Selon Milton Friedman (Friedman 1962) et Theodore Levitt, les pères du néolibéralisme, la responsabilité sociale de l'entreprise est uniquement de « maximiser ses profits »³⁰, et non de s'ingérer sur le champ d'action de l'Etat, ce qui serait tant inefficace qu'« anti-démocratique ». Leur seule obligation morale est une responsabilité civile, qui consiste à respecter la réglementation en vigueur ainsi que la morale d'usage. Déjà en 1776, Adam Smith, l'un des pères fondateurs du libéralisme économique déclarait :

« Je n'ai jamais vu que ceux qui aspirent dans leurs entreprises de commerce à travailler pour le bien général aient jamais fait beaucoup de bonne choses. Il est vrai que cette belle passion n'entre pas très communément parmi les marchands et qu'il ne faudrait pas de longs discours pour les en guérir ».

Deux siècles plus tard, Theodore Levitt réaffirmait cette position : « le bien-être et la société ne sont pas l'affaire de l'entreprise. Son affaire est de faire de l'argent, pas de la musique douce » (Levitt 1958). Milton Friedman complétait quelques années plus tard cette position :

« Peu d'évolutions pourraient miner aussi profondément les fondations mêmes de notre société libre que l'acceptation par les dirigeants d'entreprise d'une responsabilité sociale autre que celle de faire le plus d'argent possible pour leurs actionnaires. C'est une doctrine fondamentalement subversive. Si les hommes d'affaires ont une responsabilité autre que celle du profit maximum pour les actionnaires, comment peuvent-ils savoir ce qu'elle est ? Des individus privés autodésignés peuvent-ils décider de ce qu'est l'intérêt de la société ? » (Friedman 1962).

Ainsi, Thierry Hommel souligne que les stratégies des entreprises privées sont fondamentalement « *market based* », c'est-à-dire qu'elles sont avant tout susceptibles d'améliorer la situation des entreprises elles-mêmes (réputation, accès à la main d'œuvre de bonne qualité, limitation de la concurrence, différenciation des produits, préemption réglementaire, etc.). Dans un contexte où leur légitimité est contestée par certaines parties prenantes, la RSE serait avant tout un « mouvement d'anticipation volontaire conduit en vue de limiter la réalisation de menaces sur le profit » (Hommel 2013).

Deuxièmement, un ensemble de critiques concerne la capacité illusoire des entreprises privées à produire des biens publics. Françoise Quairel et Michel Capron rappellent que, selon le paradoxe de Condorcet ou le théorème d'Arrow, l'agrégation de préférences individuelles ne peut aboutir à un ordre social, dans la mesure où il n'existe pas de système de cohérence sociale spontané harmonisant le choix des acteurs (Quairel et Capron 2013). A propos de l'implication des entreprises privées dans la santé globale, Bruno Boidin prolonge cette idée en affirmant : « une somme d'initiatives innovantes ne constitue pas une stratégie nationale ou internationale ambitieuse de santé publique » (Boidin 2012, 122). Ainsi, en l'absence de coordination des

³⁰ Pour reprendre le titre d'un article de Milton Friedman dans le New York Times Magazine « *The Social Responsibility of Business is to increase its profits* » (13 septembre 1970).

actions par des instances institutionnelles (nationales ou supranationales), il est peu probable que les acteurs privés soumis à un régime de concurrence puissent produire des biens publics mondiaux et durables (Gabas et Hugon 2001; Hugon 2003). De plus, le manque de transparence des procédures, la faiblesse des critères d'évaluation non objectifs et focalisés sur le court terme, le manque d'indépendance des audits ou l'inadéquation entre des besoins locaux et des stratégies élaborées dans les pays du Nord sont également soulignées (Utting et Carlos Marques 2010).

Un troisième type de critique se place à un niveau plus structurel. Ainsi, non seulement les entreprises privées ne seraient pas capables, en l'état, de produire des biens publics, mais elles pourraient nuire au bien-être des populations, dans la mesure où ce « pansement symbolique »³¹ (Laufer 1996) permettrait de nier les inégalités structurelles et de les alimenter. A un niveau d'analyse micro, Peter Utting montre ainsi comment l'intervention des entreprises privées peut accroître les inégalités en matière d'accès à la santé (Utting 2007). Une critique concerne les fondements épistémologiques même de la « théorie des parties prenantes » sur laquelle le mouvement de la RSE a pris son essor. En effet, en maintenant l'illusion de partenariats au sein desquels les différents acteurs seraient tous égaux et responsables, ces discours nient et perpétuent les inégalités sociales structurelles (Vidaillet 2013). Bénédicte Vidaillet affirme : « il s'agit plus d'une opération discursive de mise en forme de pratiques à des fins de justification interne et externe à l'organisation – malgré la bonne foi des acteurs responsables des démarches de RSE dans leur organisation – que d'un changement radical de leurs pratiques » (Vidaillet 2013, 203). Ainsi, la RSE est qualifiée de « nouveau compromis productif » (Postel et Sobel 2013), une « doctrine d'organisation économique destinée à maintenir l'intérêt d'une production décentralisée et globalisée » (Hommel 2013, 360).

Au terme de ces deux premiers points, il est apparu que deux approches actuellement en expansion, que j'ai appelée l'approche participative et l'approche responsable, appellent toutes deux à une participation accrue du secteur privé dans la production de « biens publics mondiaux ». Or, leurs fondements et leurs applications concrètes s'opposent diamétralement : la première appelle à davantage d'investissement dans les arènes politiques, tandis que la seconde n'est aujourd'hui acceptée par les entreprises privées qu'à condition d'être non contraignante et fondée sur une base volontaire. De plus, ces courants concernent des types

³¹ Laufer (1996) cité par Acquier et Aggeri. 2008. « Une généalogie de la pensée managériale sur la RSE », *Revue française de gestion*, n° 180 : 131-157.

d'acteurs ainsi que des niveaux d'action différents. Dans le domaine de la santé, tandis que la première approche concerne essentiellement les actions de firmes pharmaceutiques et de fondations privées philanthropiques au sein des arènes politiques globales, la seconde implique davantage les actions d'entreprises n'appartenant pas au secteur de la santé et qui sont directement mises en œuvre auprès des populations locales, dans le cadre de programmes sociaux. Cependant, ces deux approches se rejoignent sur la croyance commune en la capacité du secteur privé à pallier les faiblesses étatiques. Elles se rejoignent également sur la croyance en la force des partenariats : qu'il s'agisse des acteurs intégrés au sein des arènes politiques pour la première, ou des parties prenantes locales directes des entreprises pour la seconde. Elles partagent ainsi le même fondement épistémique, appréhendant les acteurs comme étant naturellement autonomes, responsables et égaux (tels qu'au sein des systèmes philosophiques de Hobbes, Kant ou Rawls), relayant en arrière plan les inégalités structurelles conditionnant la structure des partenariats.

Je propose désormais de présenter le contexte plus général de la gouvernance mondiale. Celui-ci permettra de dégager des éléments d'analyse nécessaire à la compréhension du postulat grandissant selon lequel le secteur privé est capable de promouvoir des actions sociales et de santé efficaces.

1.3. La gouvernance mondiale ou l'érosion croissante des frontières public/privé

Délégitimation de l'Etat et privatisation des politiques publiques

Depuis le tournant néolibéral des années 1980 qui touche le Nord, comme le Sud, la participation du secteur privé au sein des actions publiques globales se trouve favorisée par le nouveau mode de gouvernance mondiale, caractérisé par un « retrait de l'Etat » (Strange et Badie 2011; Jobert 1994b; Hassenteufel 2007). Celui-ci se trouve incapable de faire face aux enjeux suscités par la mondialisation, et est relayé par un ensemble d'acteurs publics et privés (organisations supranationales et infranationales, entreprises privées, ONG, etc.). La gestion du politique se caractérise ainsi par un double phénomène de privatisation et de transnationalisation (Hassenteufel 2007).

Ainsi, les capacités de l'État, ses ressources et sa légitimité sont remises en cause, ce qui le conduit à agir « de plus en plus en interaction dans le cadre d'un processus de construction collective de l'action publique et non plus de production étatique de politiques publiques » (Hassenteufel 2007, 4). Son rôle est transformé : il n'est plus tant amené à agir directement par lui-même, pour mettre en œuvre des politiques publiques et des « programmes d'action », que d'intervenir indirectement, c'est-à-dire de réguler et de coordonner l'ensemble des acteurs privés et publics mobilisés. Ainsi, si la différenciation des sphères privées et publiques est une construction artificielle de la pensée occidentale issue de l'époque antique³², cette dynamique politique actuelle est définie par Patrick Hassenteufel comme un processus de « dé-différenciation » de l'Etat. Celui-ci apparaît comme un acteur parmi les autres. Ses modes de gouvernementalité classiques, tels que sa forte hiérarchisation et le recours à des contraintes légales pour mettre en œuvre les politiques publiques s'amenuisent. Afin de s'adapter de manière flexible au marché, l'Etat adopte des normes, des pratiques et des instruments gestionnaires issus du secteur privé (Hassenteufel 2007, 4-5), fondés sur une coordination plus horizontale, et des instruments moins contraignants. L'Etat perd progressivement un fondement essentiel de son autorité et de sa capacité à agir dans l'intérêt général, à savoir sa maîtrise informationnelle (Lascoumes et Lorrain 2007). Patrice Duran définit ainsi ces transformations qui sont à l'œuvre dans ce « monde polycentrique » :

« L'action publique est en effet de plus en plus définie comme une action conjointe faisant appel à des mécanismes de coordination de plus en plus éloignés des solutions hiérarchiques et bureaucratiques qui amènent à réinterroger les cadres institutionnels dans leur capacité à générer une action collective appropriée qui doit en particulier mieux combiner la nécessaire stabilité des institutions de gouvernement avec une plus grande flexibilité dans l'action » (Duran 1999, 23).

Les politiques de santé et du VIH/sida sont particulièrement caractéristiques du phénomène de transnationalisation conjoint à ces nouveaux modes d'action publique. En effet, tant son objet que ses modalités de résolution se jouent à des niveaux internationaux (Hugon 2003), tout en mobilisant des acteurs « multi-positionnés » (organisations internationales, organisations de la

³² A l'origine, la démocratie athénienne a distingué l'espace public (*polis*), où se règlent les affaires communes, de la « maison » ou du « foyer », qui concerne la gestion des affaires domestiques (ou économiques selon le sens large) (*oikos*). L'objectif était que les individus acquièrent une égalité de droit au sein de la sphère publique (Lambert et Lefranc 2007, 42-43), alors même qu'ils demeuraient fondamentalement inégaux au sein d'une sphère privée fortement hiérarchisée. La philosophie politique classique développera cette distinction, autour de la conceptualisation de l'Etat souverain qui, en échange de l'obéissance des individus, leur octroie des droits égaux et leur garantit leur sécurité (Hobbes 2000), ou les fait accéder à une « vraie » liberté (Rousseau 2013). Cette construction conceptuelle a ainsi été fortement critiquée par les courants marxistes et féministes, dénonçant une théorie au profit de la libre exploitation des hommes et des femmes sous couvert d'une égalité juridique illusoire ainsi que d'une séparation artificielle entre l'Etat et le marché. Aujourd'hui, la séparation entre le privé et le public fait bien référence à cette séparation entre l'administration étatique et l'économie de marché, c'est-à-dire à une conception libérale-économique de cette dichotomie (Weintraub 1997). Et le phénomène de dé-différenciation actuel, loin d'opérer un retour à un « état naturel », tend à s'opérer selon un processus de subordination de la sphère publique à la sphère privée, c'est-à-dire en suivant l'ordre de la dynamique néolibérale dominante (Weintraub 1997).

société civile internationale, réseaux de professionnels, firmes multinationales, fédérations de syndicats, etc.). Cette action publique n'est plus tant façonnée par l'Etat que par un ensemble d'interactions transfrontalières et d'interdépendances complexes, formelles et informelles, qui ne dépendent pas directement des gouvernements (organisations internationales, ONG, associations, entreprises privées, syndicats, réseaux professionnels, réseaux sociaux, médias, etc.) (Keohane et al. 1971). Or, ce contexte de dérégulation est un terreau favorable pour l'expansion du pouvoir des entreprises multinationales (Strange 1992).

Domination cognitive du « référentiel » néolibéral

Cette érosion des frontières public/privé est sous-tendue par l'imposition grandissante de ce que Bruno Jobert et Pierre Muller ont appelé le « référentiel néolibéral de marché », amorcée depuis les années 1980³³ (Jobert et Muller 1987). La notion de « référentiel » définit un contexte épistémique qui forme la grille d'interprétation à travers laquelle la réalité est « décodée », avant d'être « recodée », dans un double processus de « diagnostic » pour la comprendre, et de « prescription » pour agir dessus (Muller 2010, 556). Ainsi, le « référentiel de marché » se définit par une prééminence des normes d'efficacité et d'efficience calquées sur des modes de gestion privée tel que le *New Public Management* (NPM), au détriment de normes d'équité et de contrôle public (Muller 2010, 558). Dans ce cadre cognitif global, l'action publique tend à valoriser des acteurs privés comme des modèles à suivre (Muller 2011).

Le « référentiel global » exerce ainsi une certaine détermination structurelle sur les autres « référentiels sectoriels » en compétition. Il les hiérarchise et les ordonne, tout en laissant « une très forte indétermination sur (leurs) modalités concrètes de construction » et sur leur « rythme du changement » (Muller 2000, 198). Il ne s'agit pas tant d'un cadre cohérent et homogène que d'une matrice cognitive et normative qui oriente les choix globaux des politiques publiques. Les sous-secteurs de la santé ou bien des politiques de développement, bien que dictés par des normes d'équité, rentrent ainsi en tension avec ce référentiel global, tout en étant contraints de s'y conformer. Si certains ont pu critiquer cette notion pour son manque de solidité conceptuelle ainsi que pour son absence de déclinaison méthodologique, en affirmant par exemple que « le référentiel étant partout, il empêche le chercheur de voir » (Thoenig 2005), ce

³³ Différents référentiels se sont succédés au cours du XXème siècle, depuis celui de l'équilibre (jusque la seconde guerre mondiale), celui de la modernisation (jusqu'aux années 1970), jusqu'à celui actuellement toujours à l'œuvre, à savoir le « référentiel de marché ».

concept est cependant utile ici, et ce pour deux raisons. D'une part, puisqu'il fait référence explicitement aux logiques de marché et à leur domination sur les choix des acteurs en présence : les acteurs politiques, mais surtout en premier lieu, les entreprises privées. D'autre part, la perspective d'une approche cognitive (développée par ailleurs par d'autres auteurs) permet de mettre en exergue le poids des éléments de connaissance, des idées, des représentations ainsi que des croyances sociales dans l'élaboration des politiques publiques (Surel 2014). Elle permet de montrer que les discours ne sont pas qu'une justification *a posteriori* d'actions déterminées par des intérêts, mais que ces discours ont un poids en tant que tel dans la production des politiques publiques.

La rhétorique du secteur privé : neutralité et efficacité

Dès lors, le secteur privé apparaît comme un acteur *équivalent* aux autres acteurs. Et la spécificité du secteur privé à but lucratif, c'est-à-dire générer des bénéfices en évoluant selon des logiques concurrentielles, tend à se dissoudre. Pour reprendre la formule que Patrick Hassenteufel applique à l'Etat : le secteur privé se « dé-différencie » (Hassenteufel 2007) et sa participation *technique* serait de nature *neutre* (Jobert 2003). Bruno Jobert souligne que loin d'être apolitique, la participation des ONG est un moyen de perpétuation privilégié de l'ordre néolibéral, trouvant un « ressort populiste » dans la mobilisation philanthropique autour des exclus et facilitant « l'érosion programmée des privilèges sociaux des classes moyennes », sans remettre en cause les conditions même de ces inégalités sociales (Jobert 2003, 281). La finalité de l'Etat rejoint progressivement les exigences du marché, tandis que les élites circulent librement entre sphères publique et privée (Jobert 2003). Au final, une « autorité privée légitime », qui octroie aux acteurs privés une autorité publique tend à se développer (Graz 2006, 772)³⁴.

Une certaine confusion entoure cependant aujourd'hui la notion de « secteur privé ». La communauté internationale marque la différence entre le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif par la distinction entre le « secteur privé » et la « société civile ». Cependant, cette distinction n'est ni systématique, ni claire. Au sens strict, le secteur privé à but lucratif fait partie de la « société civile », tout comme le secteur privé à but non lucratif du

³⁴ Jean-Christophe Graz attribue trois principes majeurs de l'« autorité privée légitimée » : la reconnaissance de l'Etat, le consentement de la collectivité et la conformité aux règles en place. Cette nouvelle autorité privée n'est pas sans poser la question du consentement réel que la collectivité accorde aux acteurs privés.

«secteur privé ». La diversité des définitions des partenariats public-privé (PPP) ne spécifiant pas nécessairement le statut des « acteurs privés » en question, tout comme le développement d'organisations hybrides (fondations privées, ONG professionnalisées) (Graz 2006) et la volonté des acteurs privés de gommer leur dimension lucrative, contribuent à entretenir ce flou (Guilbaud 2012).

Au nom de la priorité accordée à l'efficacité s'opère une technicisation des modes de régulation et de coordination de l'action publique. Des outils issus du secteur privé sont privilégiés, plus souples et moins contraignants, tels que l'incitation par des normes ou des standards (*best practices* ou « bonnes pratiques ») et l'utilisation d'indicateurs de performance (*benchmarking*³⁵), au détriment des instruments traditionnels (législatif et réglementaire, et économique et fiscal) (Lascoumes et Le Galès 2005). Cette technique se voit aujourd'hui reprise au sein des politiques publiques et notamment des « politiques basées sur les preuves » (ou « données probantes ») (*Evidence Based Policy*³⁶). Celles-ci se sont d'abord développées dans le cadre des politiques de santé des pays développés pour s'étendre ensuite aux pays du Sud, notamment dans le cadre des politiques de développement et de lutte contre le VIH/sida, *via* les stratégies de la Banque mondiale, du Pefpar ou encore du Fond mondial (Ooms et al. 2008).

Par ailleurs, les appels à la participation du secteur privé dans le domaine public s'expriment généralement dans un registre rhétorique quasi magique ou mythique (Merrien 1999; Jobert 2003), qu'ils fassent référence à la privatisation des politiques publiques, au *New Public Management* (NPM), aux Partenariats public privé (PPP) ou à la Responsabilité sociale des entreprises (RSE). Bénédicte Vidaillet parle de « force quasi hypnotique » à propos des discours autour de la RSE. La notion de « PPP » cristallise également les attentions. Celle-ci semblerait avoir rejoint le club des « mots déclencheurs »³⁷ (Dommen 1994) ou des « buzzwords »

³⁵ Le *benchmarking* consiste à analyser les meilleures pratiques des entreprises privées dans un domaine spécifique, afin de dégager des indicateurs de performance (*benchmark*) auxquels d'autres entreprises pourront ensuite se comparer. Cette démarche d'amélioration continue se fonde sur une stimulation collective générée par la compétitivité et la concurrence. Selon son fondateur, Robert Camp, « qui veut s'améliorer doit se mesurer ; qui veut être le meilleur doit se comparer » (Camp 1989).

³⁶ Les *Evidence Based Policies* se sont développées dans la tradition de l'*Evidence Based Medicine*. Elles ont pour fondement, à l'instar de cette dernière, de fonder leurs actions sur des preuves scientifiques, voir (Ham, Hunter et Robinson 1995).

³⁷ Selon Edouard Dommen, le mot-déclencheur suit le cycle de vie suivant : « d'abord le mot saisit une aspiration du moment en l'enrichissant de sous-entendus émotionnels favorables. Le mot ayant pris son envol, des spécialistes se mettent à l'œuvre pour fixer son contenu technique. Mais le dompter de la sorte diminue son attrait émotionnel. Entre-temps donc, d'autres milieux cherchent à exploiter ce côté-là, soit en y fourrant toutes sortes d'idées qu'ils

(Cornwall 2007; Rist 2007), aux côtés de la « gouvernance » ou du « développement durable ». Il s'agit de mots qui jouissent d'une forte attractivité, liée davantage à leur charge émotionnelle qu'à leur contenu analytique. L'invocation de la « synergie » des compétences publiques et privées aboutissant à des collaborations « gagnant-gagnant » et bénéfiques pour tous³⁸, tend à voiler les profondes divergences d'intérêts, la faiblesse de leurs postulats ainsi que le caractère souvent antagoniste des priorités que les différents acteurs en présence poursuivent (Boidin 2012)³⁹. Par ailleurs, cette rhétorique tend à gommer les failles, voire l'absence de preuves empiriques sur lesquelles elle repose. C'est ainsi que la capacité du secteur privé à produire des biens publics mondiaux n'est que peu évaluée dans une approche exhaustive et de durabilité, combinant les critères d'efficacité, d'efficience et d'équité (Boidin 2014).

Dès lors se pose le paradoxe d'un décalage entre une fervente promotion du secteur privé au sein des politiques et des champs sociaux et le peu de preuves empiriques de telles stratégies. La rhétorique mobilisée à l'égard du secteur privé fait ainsi obstacle à une claire compréhension de son rôle, de ses enjeux et des intérêts réels de sa participation à une action publique.

La question de la participation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida à un niveau local présente un troisième type d'illustration de l'ascension du secteur privé au sein de la sphère sociale.

souhaitent promouvoir, soit en le conjuguant à d'autres mots. (...). Enfin, pour un mot-déclic, de deux morts l'une : soit la dynamique émotionnelle prend le dessus et le mot en devient tellement vide de sens qu'il meurt d'inanition ; soit le contenu technique l'emporte et il se fait tellement d'ennemis qu'on l'abat » (Dommen 1994, 2).

³⁸ Les PPP sont l'objet d'une grande variété de définitions auprès de la communauté scientifique et des organisations internationales. Une certaine confusion peut en résulter, notamment entre des PPP internationaux de collaboration, qui ne se différencient pas nécessairement dans leurs définitions des PPP nationaux, qui renvoient aux concessions faites à une entreprise privée ou à la gestion des services publics. Aussi, la plupart des définitions des PPP sont empruntées de normativité. Par exemple, l'ONU définit les partenariats public-privé comme « des collaborations volontaires qui se construisent sur les forces et les compétences de chacun des partenaires, qui permettent une meilleure allocation des ressources et qui permettent d'atteindre des résultats bénéfiques sur une période durable » (United Nations Foundation, World Economic Forum, 2004, p. 4).

³⁹ Bruno Boidin montre comment les PPP dans le domaine de la santé voilent les antagonismes entre différents droits : le droit à la santé et le droit de propriété intellectuelle.

2. La réponse des entreprises face au VIH/sida : une dynamique endogène

A la différence des deux approches (partenariale et responsable) présentées ci-dessus, qui sont essentiellement impulsées à l'échelle internationale, les entreprises privées sembleraient avoir apporté une réponse directe à une menace à leur rentabilité, selon une dynamique endogène.

2.1. Le secteur privé victime du VIH/sida

Impact du VIH/sida sur le secteur privé

En Afrique australe, les entreprises privées ont ainsi subi de manière frontale les conséquences du VIH/sida. Par exemple, au sein de la compagnie minière du Botswana, la *Debswana Mining Company*, une étude effectuée en interne, en 1999, évaluait à 28% la proportion de ses employés infectés, corroborant ainsi les estimations nationales (ONUSIDA 2002). La compagnie minière sud africaine, l'*Anglo American*, a quant à elle estimé en 2006, que 21% de ses employés étaient infectés par le VIH/sida, ce qui, sur un effectif total d'environ 115.000 employés, représentaient 24.000 individus (Brink et Pienaar 2007). L'épidémie ne s'arrêtait pas au secteur minier. Dans une étude conduite auprès de 22 organisations publiques et privées en Afrique du Sud, Mark Colvin et ses collaborateurs ont montré que d'autres secteurs d'activité ont vu leur force de travail ravagée, tels que les transports routiers (prévalence de 24,3%), l'industrie lourde (20%) ou l'agriculture (18,6%) (Colvin, Connolly et Madurai 2007).

Dès lors, cette épidémie a entraîné l'augmentation d'un ensemble de coûts directs et indirects pour les entreprises (Liu, Guo et Smith 2004). Elle a d'abord généré un ensemble de coûts supplémentaires : assurances maladie, assistance médicale, caisses de retraite ou frais d'obsèques (Matthews et Rau S.d.; Bollinger et al. 1999)⁴⁰. Dans un contexte où les politiques sanitaires des entreprises privées étaient relativement limitées, l'impact économique du VIH/sida se manifestait surtout sur les coûts annexes, liés à l'absentéisme, aux prestations sociales, au renouvellement du personnel, aux pertes de compétences et des connaissances

⁴⁰ Au sein de l'étude de Matthews et Rau, une entreprise zimbabwéenne, qui offrait à ses employés une assurance santé a estimé que les dépenses de santé liées au VIH/sida avaient représenté 20% de ses revenus globaux en 1996. Selon l'étude de Bollinger et al, 45% des prestations d'une compagnie d'assurances du Zimbabwe étaient estimées être liées au VIH/sida sur la période de 1995-1996.

tacites, ainsi que des effets liés à la baisse de moral, cependant plus difficiles à mesurer (Rau et Roberts 1996)⁴¹.

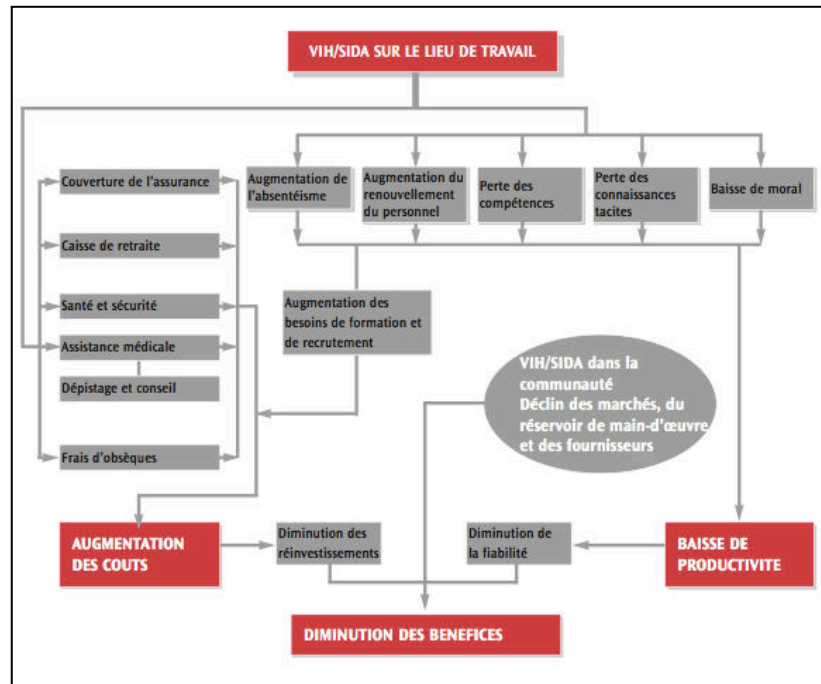
La diffusion élevée de la maladie auprès des employés qualifiés a été un point d'inquiétude particulière pour les entreprises (Kamdem 2007). Bien que les situations aient été extrêmement hétérogènes selon les pays, les secteurs d'activités et les types d'entreprises, une littérature a montré que le VIH/sida atteignait davantage les catégories socio-économiques les plus éduquées, ainsi que les employés les plus qualifiés (Cogneau et grimm 2003) (Over 1992), alors que le coût de leur remplacement s'avère largement plus élevé (Biggs et Shah 1997).

Un ensemble de projections catastrophiques assombrissait également le tableau concernant le coût des prestations sociales ou les pertes de productivité futures (Bollinger et al. 1999; Michael 2000)⁴². Et à long terme, on estimait que la baisse des réinvestissements, la diminution de la fiabilité des produits et des services, le déclin des marchés, ainsi que des réservoirs en main d'œuvre et des fournisseurs pourraient conduire à une diminution globale des bénéfices. La **Figure 3** récapitule l'ensemble des effets et des coûts directs et indirects produits par le VIH/sida au sein d'une entreprise privée implantée en contexte de forte prévalence. (ONUSIDA, GBC et PWBLF 2001).

Figure 3 Impact du VIH/sida sur une entreprise

⁴¹ Au Botswana et au Kenya, Bill Rau et M. Roberts ont estimé que l'augmentation des coûts globaux liés au VIH/sida étaient principalement attribués à l'absentéisme (37% liée au VIH et 15% liée au Sida), puis aux frais funéraires (16%), au recrutement (9%), à la formation (7%), à la participation des employés aux obsèques (6%), au *turn over* (5%) et seulement 5% aux soins de santé.

⁴² En Afrique du Sud, on pronostiquait une multiplication des prestations sociales liées au VIH/sida par 15, dans le secteur minier, entre 1995 et 2010. Et en 2000, certains annonçaient une perte de productivité liée au VIH/sida entre 2 et 50% au cours des 5 à 10 années suivantes (Michael 2000).



Source : Riposte des entreprises au VIH/sida, Onusida, 2001

En l'absence de traitement efficace, une grande partie des entreprises s'est d'abord tournée vers les stratégies que j'appellerai « d'exclusion », c'est-à-dire de dépistage de leurs employés ou des candidats à l'embauche en vue de les écarter de l'emploi⁴³ (London et Myers 1996; Aventin 1997; Baggaley et al. 1995). Dans des secteurs d'activité employant une main d'œuvre peu qualifiée et disposant, selon le concept de Karl Marx, d'une importante « armée de réserve des travailleurs », cette stratégie discriminatoire est apparue comme étant la plus rationnelle et la plus efficace, bien qu'elle ait pu être relativisée par certains économistes⁴⁴ (Aventin 1998).

À l'opposé, certaines rares entreprises privées ont initié des programmes de prévention, orientés sur le changement de comportement (sensibilisation et distribution de préservatifs). Si le secteur minier s'est montré particulièrement actif (certaines filiales de l'*Anglo-American*, de l'*Anglo Platinum*, *De Beers*, *Gold Fields*), d'autres secteurs industriels (*Eskom BMW*, *Lafarge*, *Heineken*) ou celui des services (société d'assurances *Sanlam*) se sont également mobilisés. Les premières mesures de soin (traitement des IST et des infections opportunistes, voire fourniture

⁴³ Par exemple, en Zambie, l'enquête de Baggaley et al (1995) effectuée auprès de 33 entreprises privées révélait que sur les 23 structures effectuant une visite médicale à l'embauche, 17 demandaient un test de dépistage du VIH (de manière généralisée ou ciblée), et pour 9 d'entre elles, un résultat positif conduisait inéluctablement à l'élimination du candidat.

⁴⁴ Laurent Aventin a cherché à relativiser l'efficacité économique du dépistage à l'embauche, en argumentant que l'employé séronégatif embauché n'était pas exempt d'une infection ultérieure, et que la séropositivité était un critère discriminant moins pertinent que le critère de la compétence.

d'AZT – Azidothymidine) ont également vu le jour, par exemple pour la filiale kenyane *Lafarge Blue Circle*⁴⁵.

L'arrivée des traitements antirétroviraux,
 attentisme des pouvoirs publics et impulsion des
 acteurs privés

En 1996, la découverte des trithérapies n'a pas eu de retombées immédiates sur les populations des pays du Sud, en raison du coût des traitements⁴⁶ conjugué à un certain attentisme de la plupart des pouvoirs publics africains. Certaines entreprises privées⁴⁷ ont ainsi décidé de prendre les devants et d'instaurer leurs propres programmes d'accès aux ARV auprès de leurs employés. Ces initiatives autonomes et privées ont ainsi exercé une pression sur les pouvoirs publics. L'exemple de l'Afrique du Sud (cf. **Encadré 1**) illustre de manière exacerbée le rôle qu'ont pu jouer des acteurs privés locaux dans l'accélération de la mise à l'agenda de la question de l'accès aux traitements.

Encadré 1 Étude de cas : l'Afrique du Sud. Attentisme de l'Etat face à la pression du secteur privé et de la société civile

En Afrique du Sud, au moment de la transition démocratique et de la fin du régime d'Apartheid en 1994, la question du VIH/sida a été reléguée comme une simple question de santé publique, en arrière plan (Furlong et Ball 2005). Cependant, face à l'explosion endémique qui a touché le pays, atteignant en une décennie 14,1% de prévalence, conjuguée à la découverte des ARV qui restaient inaccessibles pour les populations du Sud, de vives polémiques autour du VIH/sida ont animé la société sud africaine, qui se sont intensifiées avec l'arrivée au pouvoir de Thabo M'Beki en 1999. Tout d'abord, le procès de Pretoria (1998-2001) qui opposait 39 compagnies pharmaceutiques internationales au gouvernement sud africain, a été un événement majeur dans l'accès aux ARV, avec des retombées tant nationales qu'internationales. L'industrie pharmaceutique poursuivait l'Etat, suite à la promulgation de l'« *African Medicines Act* » (1997) qui permettait d'engager des licences obligatoires en cas d'urgence sanitaire et de fabriquer des génériques. L'Etat sud africain a alors été soutenu par une large coalition d'acteurs issus de la société civile militant pour l'accès aux ARV (Médecins Sans Frontières, *Act Up*, *Health Gap*, *Treatment Action Coalition* (TAC), etc.). La TAC, ainsi que le COSATU (Congrès des syndicats sud-africains) en ont été notamment des figures nationales majeures. En 2000, lors de la conférence internationale sur le VIH/sida à Durban, les organisations de cette société civile ont appelé la communauté internationale à permettre l'accessibilité des ARV aux plus pauvres, notamment en exerçant une pression sur l'industrie pharmaceutique. Finalement, face à la condamnation morale croissante de l'opinion internationale, les compagnies pharmaceutiques ont retiré leur plainte en 2001.

⁴⁵ La fourniture d'AZT était plus rare, mais *Tetrapak Kenya* ou *Lafarge Blue Circle* l'ont proposé dès les années 1992-1993, sans que cela fut publicisé (Vilaça 2009).

⁴⁶ Pour rappel, environ 1000 \$ par patient et par mois.

⁴⁷ Tel que mentionné dans l'introduction générale, il s'agit notamment de l'*Anglo American*, *Volkswagen South Africa*, *BHP Billiton*, *Eskom*, *DaimlerChrysler*, *Debswana*, *Unilever*, *Lafarge*, *Heineken*, la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) ou d'Alucam.

Cette victoire du gouvernement ne signifiait pas pour autant qu'ils allaient s'engager dans une politique d'universalisation des traitements, bien au contraire. Le gouvernement s'opposait alors à l'imposition de règles dictées par le Nord, incarné ici par l'industrie pharmaceutique, d'où une profonde ambivalence. En effet, le président Thabo M'Beki et sa ministre de la santé de l'époque, le Dr Manto Tshabalala-Msimang, affichaient parallèlement des critiques ouvertes vis-à-vis des traitements ARV. Ainsi, si des acteurs de la société civile avaient pu soutenir le gouvernement durant le procès de Pretoria, cet appui n'a pas dépassé ce cadre. Bien au contraire.

La question de l'accès aux ARV a en effet animé une vive et large controverse au début des années 2000. D'un côté se trouvaient ce que Didier Fassin a appelé les « orthodoxes », c'est-à-dire un groupe d'acteurs (activistes du sida, acteurs de la santé et opposition politique) qui défendaient un « universalisme rapide » de l'accès des ARV en Afrique du Sud. De l'autre côté, s'opposaient les « hétérodoxes » : un ensemble d'acteurs hétéroclites qui remettait en cause les thèses portées par l'*establishment* biomédical. Suivant leur sensibilité, ils pointaient la dangerosité ou l'absence de fiabilité des données épidémiologiques, montraient l'importance d'agir sur d'autres causes structurelles telle que la pauvreté, faisaient craindre le coût et la complexité des traitements, ou encore, remettaient en cause le lien entre le VIH et le Sida (Fassin 2003a). Le VIH/sida est ainsi passé d'un objet d'indifférence à un objet de passion politique.

Dans ce contexte de défiance des pouvoirs publics face aux ARV, les premières initiatives d'accès aux traitements ont été promues par des acteurs du secteur privé lucratif et non lucratif. L'association Médecins sans frontières (MSF) a ainsi initié le premier programme d'accès aux ARV dans une structure publique en 2001. Le géant de l'industrie minière, l'*Anglo American*, a également exercé une pression décisive sur les autorités publiques. En 2001, tandis que l'entreprise annonçait publiquement la mise en œuvre de son programme d'accès aux ARV, le gouvernement réitérait son refus de donner l'accès aux traitements aux personnes infectées par le VIH/sida. Rapidement, d'autres entreprises privées ont développé leurs programmes. Et de manière historique, le syndicat minier, la *National Union of Mineworkers* (NUM), un allié traditionnel de l'Etat, s'est désolidarisé de la ligne gouvernementale de l'ANC (Congrès national africain) pour s'unir au patronat et soutenir les programmes d'accès aux ARV.

Sous cette pression, le gouvernement signe finalement une « déclaration d'intention » de collaboration tripartite avec le secteur minier, au cours d'un « Sommet sur le VIH/sida dans les mines » en 2003.

Par la suite, les actions de la société civile, conduites par la *Treatment Action Campaign* (TAC), un groupe de militants issus du mouvement antiapartheid, intensifient la pression, avec succès. En 2001-2002, le gouvernement de Thabo M'Beki instaure un programme national de Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME). Et en 2003, il annonce un plan d'accès aux ARV, promettant l'institution d'une unité de soins pour le VIH/sida dans chaque district sanitaire ainsi que la mise sous traitement des patients avec un taux de CD4 inférieur à 200 et/ou présentant des infections opportunistes. En 2004, il achète ses premiers ARV et élabore un Plan National de Lutte contre le VIH/sida. Par la suite, les politiques s'accroissent et le nombre de personnes sous ARV passent de 55.000 en 2004 à 2,6 millions en 2013 (sur les 6,3 millions de personnes atteintes). En 2008, le nouveau président élu, Jacob Zuma, initie une politique volontariste et augmente le budget alloué au VIH/sida de 620 milliards de dollars en 2007 à 2,2 milliards de dollars en 2009. Celui-ci est, de manière relativement exceptionnelle pour le continent, financé à 86 % par le gouvernement⁴⁸.

Chronologie de l'accès aux ARV en Afrique du Sud

- 1994 : Fin de l'Apartheid, instauration d'une démocratie multiraciale et présidence de Nelson Mandela
- 1996 : Constitution sud africaine qui affirme un droit à la santé opposable devant les tribunaux
- 1998 – 2001 : Procès de Pretoria qui oppose 39 compagnies pharmaceutiques à l'Etat sud africain
- 1999 : Arrivée de Thabo M'Beki à la présidence de la République
- 2001 : Annonce publique du plan d'action de l'entreprise minière, l'*Anglo American*
- 2001 : Initiative pilote d'accès aux génériques de MSF à Khayelitsha (Cap occidental)
- 2001-2002 : Mise en place du plan national de PTME
- 2003 : Annonce du Plan National d'accès aux traitements ARV et de décentralisation
- 2004 : Achat des premiers traitements ARV par le gouvernement
- 2013 : 2,6M de personnes infectées du VIH/sida reçoivent des ARV en Afrique du Sud

⁴⁸ <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

En Afrique du Sud, les entreprises privées se sont ainsi engagées à l'écart des politiques nationales. D'autres États africains tels que le Cameroun (Eboko 2010) ou le Botswana (Chabrol 2012) ont observé la même dynamique. Pour autant, si les entreprises privées ont agi à la marge des arènes publiques, elles n'ont pas agi de manière isolée.

2.2. Appui décisif de la communauté épistémique internationale et politisation des entreprises privées

La « communauté épistémique » internationale, c'est-à-dire l'ensemble des chercheurs académiques et des experts engagés dans le VIH/sida, a été un acteur décisif dans la promotion de la participation des entreprises à la lutte contre cette épidémie. Peter Haas définit cette notion comme un « réseau de professionnels ayant une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier (et) qui peuvent faire valoir un savoir pertinent sur les politiques publiques du domaine en question »⁴⁹ (Haas 1991, 3; Bossy et Evrard 2010). En effet, elle a été un vecteur d'action décisif, tant du côté des entreprises, dans leur décision d'agir, que du côté des acteurs publics (et notamment des organisations internationales), en leur fournissant une preuve de légitimation pour inclure les entreprises au sein des politiques multisectorielles. Dans le contexte d'incertitude de l'épidémie du VIH/sida au début des années 2000, conjugué à un contexte d'incertitude et de complexité croissante concernant la gestion des problèmes publics, ces communautés épistémiques ont fourni des connaissances précieuses aux acteurs économiques et politiques. Peter Haas caractérise également ces « communautés » par le partage d'un ensemble de normes, de croyances et de principes spécifiques (Haas 1991, 3) qui orientent leurs recommandations politiques. A l'instar de la définition du « champ scientifique » de Pierre Bourdieu, ce savoir, généralement présenté comme une vérité objective, est ainsi profondément déterminé par ses conditions de production⁵⁰.

⁴⁹ Issue des relations internationales, la notion de « communauté épistémique » est utilisée pour définir les « canaux par lesquels de nouvelles idées circulent des sociétés vers les gouvernements, et d'un pays à l'autre ». Fondée autour de la figure de l'expert, ses membres partagent un ensemble de croyances normatives et de principes ; de croyances causales sur l'origine du problème et les solutions à y apporter ; des critères de validité des savoirs engagés dans le traitement de l'enjeu et des propositions d'action publique basées sur les pratiques communes associées au problème qui fait l'objet de leur expertise (Bossy et Evrard 2010).

⁵⁰ Selon Pierre Bourdieu, les connaissances sont conditionnées par la structuration des conditions dans lesquelles elles sont produites, « avec ses rapports de forces et ses monopoles, ses luttes et ses stratégies, ses intérêts et ses profits, mais où tous ces invariants revêtent des formes spécifiques. » (Bourdieu 1976, 89).

Communauté épistémique et initiatives pionnières des entreprises privées dans le VIH/sida

En premier lieu, la communauté épistémique engagée dans la lutte contre le VIH/sida a joué un rôle majeur dans le choix des entreprises privées à mettre en œuvre des programmes d'accès aux ARV, et ce en deux temps : en délégitimant leurs stratégies discriminatoires à l'égard des individus infectés, puis en valorisant, dans un langage économique, les avantages coût-bénéfices des initiatives d'accès aux traitements.

Au départ, la question du VIH/sida en entreprise a été abordée par la littérature selon une approche en termes de droits humains. C'est d'abord la nécessité de contrôler, de réglementer et de sensibiliser les pratiques discriminatoires des entrepreneurs face au VIH/sida (et particulièrement du dépistage) qui a mis en lumière cette thématique, au Nord (Kussner 1989; Goldberg et Sprotzer 1998) comme au Sud (Baggaley et al. 1995; Aventin 1997; Achmat et Cameron 1995; Slack 1995). Cependant, l'arrivée des ARV transforme les entreprises privées en lieu privilégié d'expérimentation et d'évaluation de stratégies de lutte contre le VIH/sida, dans la mesure où elles disposent non seulement d'une population captive mais également de moyens financiers propres et d'une organisation efficace. Elles sont ainsi devenues un lieu pour évaluer des stratégies innovantes de mise sous traitement et d'adhérence aux ARV (Degefa et al. 2003; Eholié et al. 2003; Page-Shipp et al. 2007; Stenson et al. 2005; Van der Borght, Clevenbergh, et al. 2009; Dahab et al. 2008; Dahab et al. 2011; Torres-Madriz et al. 2011), pour expérimenter de nouveaux outils d'évaluation (Ginwalla et al. 2002) et de nouvelles découvertes technologiques (Coates et al. 2007; Brink et Pienaar 2007)⁵¹, pour mettre en place des études épidémiologiques (Riviello et al. 2007; Diallo et al. 2011; Colvin, Connolly et Madurai 2007) ou développer des modèles de prise en charge spécifiques qui pourraient ensuite être généralisés à d'autres opérateurs privés (Charalambous et al. 2007; Van der Borght, Janssens, et al. 2009; Feeley et al. 2007; Fultz et Francis 2011; Mahajan et al. 2007). En servant leurs propres intérêts, les entreprises pourraient dès lors servir de modèle à la société toute entière.

⁵¹ Coates et al (2007) encourage le secteur privé à devenir un lieu d'application de nouvelles technologies telles que les microbicides, la prophylaxie pré-exposition ou la circoncision, sans que d'exemples effectifs n'aient été documentés. Brink et Pienaar (2007) relatent l'expérimentation des auto-tests VIH par *l'Anglo American*.

L'apport de la communauté épistémique s'est situé sur deux niveaux : élaboration et démonstration du caractère coût-bénéfice d'une stratégie d'accès aux traitements et accompagnement dans la mise en œuvre des programmes des entreprises privées.

En 2003, l'équipe de Sydney Rosen de la *Boston University School of Public Health* (BUSPH, du *Harvard Institute for International Development*), a publié un article intitulé "*AIDS is your Business*", à l'attention des chefs d'entreprises. Cet article synthétisait des études menées dans six entreprises privées qui évaluaient la pertinence des différents scénarii possibles des entreprises face au VIH/sida (absence d'intervention, réponse limitée à la prévention, et proposition d'accès aux ARV). Il démontrait en quoi les dirigeants avaient intérêt à intervenir : « *In this article, we present fresh findings about how the epidemic is affecting companies in one of the hardest-hit countries, South Africa, and explain why responses that are good for public health - prevention and treatment - are also good for business* » (Rosen et al. 2003, 82).

Cet article, qui a bénéficié d'un certain écho dans le milieu des affaires, est révélateur d'un courant de recherche plus large, qui promouvait une recherche action engagée (Coates et al. 2007; Van der Borgh et al. 2006; Bolton 2008; Feeley et al. 2007; Oppenheimer 2007; Weston et al. 2007). Ce courant partait du postulat que le problème du VIH/sida était, *a priori*, un enjeu économique majeur pour les entreprises qui *devaient* s'impliquer. Les entreprises devaient assumer leur responsabilité de *leader* auprès des différents acteurs de la société (employés, entreprises sous-traitantes, secteur informel, communautés, pouvoirs publics), voire être les locomotives dans la réduction des inégalités, par la création des partenariats public-privé (Coates et al. 2007). Ainsi, elles étaient tenues d'agir en complémentarité de l'Etat, en contribuant à alléger son fardeau ainsi que celui des bailleurs (Feeley, Rosen et Connelly 2010).

Tandis que la plupart des entreprises privées avaient réagi face au VIH/sida en mettant en œuvre des stratégies « d'exclusion », cette communauté épistémique a contribué à transformer les cadres cognitifs et normatifs des responsables et médecins des entreprises privées, en proposant une stratégie alternative : le financement des ARV. En effet, si les traitements étaient un gage d'espoir pour ces entreprises privées basées en Afrique à qui l'on prédisait un avenir catastrophique, cette solution exigeait un engagement financier massif et sur le long terme. Ainsi, cette alternative n'est pas apparue d'emblée comme une solution « miracle ». La mobilisation de ces chercheurs a permis d'opérer un glissement de « paradigme » chez les entreprises privées. Peter Hall définit les paradigmes comme leurs « cadres d'idées et de standards » qui établissent « non seulement les objectifs de la politique, et le type d'instrument qui peut être utilisé pour les obtenir, mais également la nature même des problèmes qu'ils sont

supposés affronter » (Hall 1993, 279). Ainsi, elles sont passées de ce que j'appellerai un paradigme « d'exclusion », fondé sur l'éviction des travailleurs ou candidats à l'embauche infectés, à un paradigme « d'inclusion », prenant en charge la santé de leur force de travail.

Ensuite, les instituts de recherche internationaux ont apporté un précieux soutien dans l'accompagnement de l'instauration des premiers programmes d'accès aux ARV en entreprises privées. Par l'établissement de partenariats, ils ont donné leur expertise, accompagné leur mise en œuvre et facilité leur valorisation. La coordination du programme de l'*Anglo American* a ainsi été déléguée à un institut de recherche indépendant, *Aurun*, lui-même en partenariat avec l'Université du Natal, la *South Africa HIV Clinicians Society*, l'Université du Cap, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, l'ONUSIDA et l'Université Johns Hopkins. Aux Pays-Bas, le centre médical universitaire (*Academic Medical Center, AMC*) de l'université d'Amsterdam, a fondé en 2000, avec le soutien de la coopération néerlandaise, la fondation *Pharmaccess*, dont l'objectif était de promouvoir l'accès aux ARV en Afrique. Pour ce faire, elle a choisi, à partir de 2001, d'initier ses activités en accompagnant le programme de six filiales du groupe *Heineken*. D'autres équipes de chercheurs ont été incluses dans le projet, notamment celle de la *Boston University School of Public Health (BUSPH)*. La mise en place de programmes modélisés dès le départ sur le format d'une étude scientifique, a ensuite favorisé la valorisation de leur expérience dans des revues, dont le *Lancet*, ainsi qu'au sein de conférences internationales sur le VIH/sida⁵². Ces recherches concluent généralement à l'efficacité de ces programmes en entreprises. Très peu abordent cependant le contexte très spécifique de ces études qui se présentent d'avantage comme des essais randomisés que comme des études observationnelles, ne reflétant pas tant la réalité du secteur privé, que ses potentialités dans un contexte d'accompagnement très spécifique (Freedberg et Yazdanpanah 2003, 284).

En se positionnant sur le registre de la neutralité technique, et en montrant pourquoi les entreprises *devaient* s'engager (Greener 1998) au nom de la préservation de la vie, la communauté épistémique a joué un rôle éminemment politique. Si elle a accéléré le choix des entreprises privées à s'engager dans des programmes d'accès aux traitements, elle a participé à promouvoir la généralisation de ces expériences isolées à large échelle, par la diffusion de ces

⁵² XVI International AIDS Conference 13-18 août, 2006, Toronto, Canada, « Five years of experience: The Heineken-PharmAccess HAART Program ; XV International AIDS Conference 11 – 16 juillet, 2004 • Bangkok, Thailand, « The Heineken – PharmAccess HAART Programme ».

connaissances au sein des arènes politiques définissant la santé mondiale (organisations internationales multilatérales et bilatérales).

Politisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida

Ces études de cas ont ensuite été reprises comme des références, alimentant l'ensemble des « guides de bonnes pratiques » élaborés par la communauté internationale. L'Onusida a été la première organisation à diffuser ce type de guides, valorisant et diffusant l'exemple de certaines entreprises modèles, innovantes et efficaces afin de les généraliser à un plus large nombre. En 1998, elle édicte son guide, *Le VIH/sida sur le lieu de travail*, avant de développer une production abondante⁵³. Elle est ensuite appuyée et relayée par d'autres organisations internationales tels que la Banque mondiale⁵⁴, la GIZ (coopération technique allemande)⁵⁵, le Forum économique mondial⁵⁶, l'association Partenaires contre le sida (PCS)⁵⁷, ou l'Organisation internationale du travail⁵⁸. Cette dernière s'est également joint à la lutte, via la création d'un Programme spécialement dédié au VIH/sida (OIT/Sida) (2000) aboutissant à l'élaboration de la *Recommandation n°200 concernant le VIH et le Sida et le monde du travail* (2010).

Par ailleurs, la création de forums d'échanges ainsi que le développement d'intermédiaires autour des enjeux du VIH/sida en entreprises ont favorisé le transfert et la diffusion des premières initiatives privées. La coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida, la *Global Business Coalition* (GBC) a été créée en 1997, lors d'un forum du Commonwealth⁵⁹. Elle est devenue véritablement opérationnelle à partir de 2001, lorsque Richard Holbrooke en a pris la direction. Cette coalition, qui a pour objectif de promouvoir le développement de la participation du secteur privé dans le Sida dans le monde⁶⁰, agit essentiellement au niveau

⁵³ (ONUSIDA 1999); (ONUSIDA, GBC et PWBLF 2001); (ONUSIDA 2002); (OIE et ONUSIDA 2002) (ONUSIDA 2002); (ONUSIDA 2005); (ONUSIDA 2007); (ONUSIDA 2009).

⁵⁴ (SFI/BM 2003); (Ashbourne, Hope et Taylor 2004); (Mohammad, Ayvalikli et Brown 2004).

⁵⁵ (Vogel et Papkalla 2004) (GTZ et GBC 2005).

⁵⁶ (WEF/GHI 2006); (VERITAS, WEF et ONUSIDA 2004).

⁵⁷ (Aventin et al. 2009).

⁵⁸ (Hodges 2007). Le BIT a élaboré une documentation qui n'a pas été élaborée selon le modèle des études de cas, c'est-à-dire sans mentionner directement les entreprises, mais des manuels pratiques, des directives ou des recommandations, qui sont des références : (BIT 2001), (OIT 2002) (Hodges 2006) (Afsar et al. 2009), (BIT 2010) (OIT 2011).

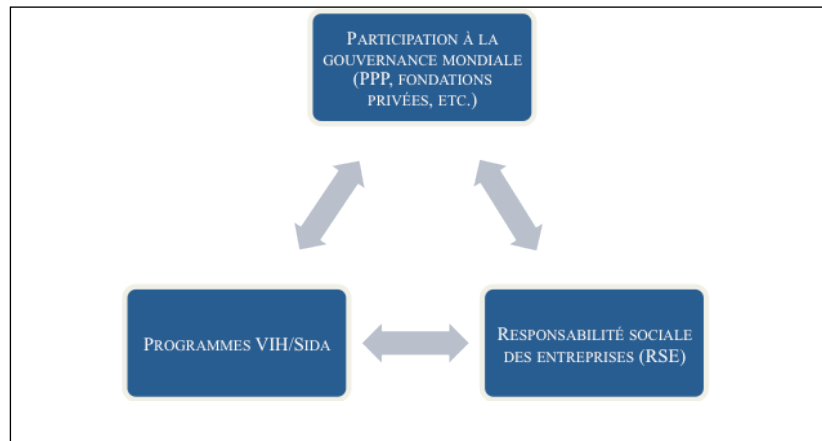
⁵⁹ Initialement, la GBC signifiait « *Global Business Council* ». Celle-ci est devenue véritablement opérationnelle en 2001, avec l'arrivée de Richard Holbrooke.

⁶⁰ Aujourd'hui, la GBC a élargi son champ d'action à la santé et s'appelle désormais la *GBCHealth*.

international, dans le partage d'expérience, la récolte de fonds, dans la représentation politiques et le plaidoyer. Elle organise notamment des galas pour lever des fonds, ainsi que les fameux *GBC Health Awards*, récompensant les meilleurs programmes VIH/sida d'entreprises. Aux niveaux nationaux, des coalitions se sont mises en place, dont le principe était encouragé par la Banque Mondiale (Sidhu 2008), telle qu'en Afrique du Sud, avec la coalition SABCOHA (*South African Business Coalition on HIV/AIDS*) créée en 2000. Au sein des forums privés mondiaux, l'enjeu de la santé, longtemps marginalisé, a commencé à émerger et à s'institutionnaliser. C'est ainsi qu'en 2002, la *Global Health Initiative* (GHI) a été lancée, par Kofi Annan, au sein du *World Economic Forum* (WEF). Son objectif était d'inciter les entreprises à contracter des partenariats public-privé (PPP) dans le domaine de la santé.

Pour résumer, les initiatives des entreprises privées dans l'accès aux ARV en Afrique subsaharienne se caractérisent : d'une part, par la recherche de la protection de la santé de leur force de travail et donc par la préservation directe de leurs propres intérêts, et d'autre part, par l'autonomie politique de leurs actions. Pour le premier point, elles rejoignent les dynamiques sous-tendant la participation des entreprises privées à la gouvernance mondiale (en premier lieu des firmes pharmaceutiques privées au sein de PPP) et se distinguent des actions engagées au nom de la RSE, qui seraient « éthiques » ou « sociales » ou guidées par un intérêt à préserver une paix sociale. Pour le second point, l'autonomie des entreprises privées se rapproche de la logique non contraignante de la RSE, et s'écarte de la logique partenariale de l'insertion des entreprises au sein de la gouvernance mondiale. Or, si j'ai distingué ces trois phénomènes (participation à la gouvernance mondiale, RSE et initiatives VIH/sida), c'est avant tout à des fins heuristiques. En effet, dans la pratique, ces trois dynamiques sont en interactions constantes, avec des frontières étroitement poreuses (cf. Schéma 1)

Schéma 1 L'insertion des entreprises privées dans la santé mondiale : 3 phénomènes en interaction



Source : auteur

Premièrement, l'action des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida s'articule étroitement avec l'intérêt croissant des grandes multinationales pour la « RSE ». Pour certains théoriciens critiques, certaines entreprises auraient valorisé leurs programmes VIH/sida comme des actions sociales, alors même que ceux-ci n'auraient représenté qu'un moyen économiquement rationnel de garantir la bonne marche de leurs affaires, sans que ces programmes ne leur demandent beaucoup d'efforts pour aller au-delà du minimum légal d'Etats défaillants (Chavy et Decoux 2013; Hommel 2013). Par ailleurs, l'analyse très fine qu'Olivier Vilaça a effectuée sur la mise en place du programme VIH/sida du groupe Lafarge a montré la double pression locale (problème du VIH/sida au sein des filiales) et mondiale (inscription du groupe en tant que leader du développement durable) qui a précédé le choix de l'entreprise, ainsi que toute l'ambivalence d'un positionnement constamment tiraillé entre l'éthique et l'économique (cf. Encadré 2).

Encadré 2 Tensions et ambivalence d'un programme VIH/sida. A partir de l'expérience du groupe Lafarge

Dans le cadre d'une thèse sous une convention CIFRE qu'il a effectuée au sein du département des Politiques Sociales du Groupe Lafarge, Olivier Vilaça a analysé la mise en œuvre de son programme SIDA (Vilaça 2009). Acteur et observateur, il décrit la manière dont l'enjeu du VIH/sida a été progressivement intégré au sein du *Corporate* et analyse les différentes controverses qu'il a suscitées, tout au long du processus.

Olivier Vilaça montre dans quelle mesure le choix d'initier un programme ARV généralisé à l'ensemble de ses filiales a été le fruit d'une double pression. D'une part, d'une pression locale, avec un voyage déterminant du PDG au début des années 2000 en Afrique australe, qui a été interpellé par certains managers locaux sur le problème du Sida. Ceux-ci ne se basaient pas nécessairement sur des chiffres, mais plutôt sur les études de prévalence nationales et des décès soudains. D'autre part, d'une pression mondiale, avec l'exemple de plus en plus d'entreprises s'engageant sur cette voie, ainsi que par la rencontre entre le PDG de Lafarge avec Richard Holbrooke (président de la GBC) lors d'un sommet économique.

En arrière plan, les caractéristiques de l'entreprise ont sous-tendu ce choix. Tout d'abord, son implantation durable nécessite de lourds investissements au niveau local. Ensuite, sa position de *leader* dans le domaine des matériaux de construction l'oblige à adopter des stratégies globales. Enfin, sa « culture humaniste chrétienne » et son engagement précoce sur les enjeux de Développement durable (DD) ont été déterminants. L'entreprise Lafarge a été signataire du *Global Compact* en 1999 et de l'initiative sur la *Global Citizenship* du Forum Economique Mondial, et fait partie des premières entreprises à avoir élaboré des rapports développement durable, dès 2002. L'imbrication de ces différents éléments a ainsi créé des conditions de possibilité favorables à l'implantation d'un programme d'accès aux ARV.

Alors que cette entreprise française a initié son programme en 2001, la production d'une « preuve » scientifique de la coût-efficacité s'est élaborée, *a posteriori*, en 2003. Cette « preuve » avait deux fonctions essentielles. D'un côté, elle a permis de légitimer l'intervention du groupe, en interne, auprès de ses managers. Alors que le VIH/sida était un sujet à la fois peu connu, non maîtrisé et doté d'une charge pathologique et symbolique forte, son insertion dans un processus d'efficacité rentrait en conformité avec la démarche de ses ingénieurs. Les managers en charge du projet se sont ainsi investis sur le projet avec pour objectif premier de produire un *process* efficace. Cette preuve a permis de « normaliser » le programme en interne. De l'autre côté, cette preuve a justifié l'intervention du groupe Lafarge auprès des acteurs extérieurs. Elle a intégré l'entreprise au sein de forums discursifs transnationaux dans lesquelles le thème de la coût-efficacité était central, et proposé un discours conforme à l'image de l'entreprise et à ce que son environnement attendait d'elle. Il est intéressant de voir comment les gestionnaires du projet ont hésité entre la communication du programme sur le registre éthique ou économique, optant finalement pour la seconde solution, et décevant par là même certains collaborateurs, contraints de se conformer à une vision stéréotypée de l'entreprise.

L'expérience d'Olivier Vilaça est particulièrement instructive sur la manière dont la construction de l'argumentation de la coût efficacité d'un programme d'accès aux ARV a davantage été construite comme une preuve légitimatrice *a posteriori*, que comme un facteur réel d'engagement.

Deuxièmement, nous avons montré que la participation des entreprises privées à la gouvernance mondiale (notamment sous la forme des PPP) était largement guidée par la recherche de la préservation de ses intérêts directs, selon une stratégie essentiellement orientée « *market based* ». Je ne reviendrai pas en détail sur ce point-ci.

Troisièmement, l'articulation de la participation des entreprises privées à la gouvernance mondiale, avec les initiatives autonomes de lutte contre le VIH/sida lancées à un niveau local n'a que peu été étudiée. Dans le cadre de cette recherche, c'est cette problématique qui sera mise en avant. Nous avons souligné que, si certaines initiatives privées ont été instaurées à un niveau local de manière autonome, elles ont ensuite été reprises et relayées par des acteurs publics, à une échelle globale. Dans un contexte normatif caractérisé par la valorisation de l'efficacité du secteur privé ainsi que par la promotion des approches partenariales avec le secteur privé, les entreprises privées ont été insérées, « naturellement », au sein des politiques transnationales de lutte contre le VIH/sida. Or, tandis que la participation des acteurs privés et publics est promue au sein des arènes politiques mondiales, c'est bien leur autonomie politique qui a caractérisé leurs premières actions au niveau local.

3. Analyser la participation des entreprises privées à une action publique transnationale en contexte africain

Je propose désormais d'ancrer la problématique de l'ascension du secteur privé au sein des arènes de la santé mondiale dans le contexte de l'Afrique subsaharienne contemporaine. Pour cela, deux questions seront posées : jusqu'à aujourd'hui, comment a été abordé la question du secteur privé et de son articulation avec le secteur public au sein de l'analyse des politiques africaines ? Et comment la problématique du secteur privé s'inscrit-elle dans le contexte empirique et le champ scientifique de la lutte contre le VIH/sida en contexte africain ?

3.1. L'articulation du public et du privé au sein des politiques africaines : des *politics* aux *policies*

Jusqu'à aujourd'hui, la question de l'articulation des acteurs privés et publics en Afrique subsaharienne a essentiellement été analysée sous l'angle de la politique « politicienne » (*politics*). Les sciences politiques africanistes se sont surtout attachées à comprendre la question de l'imbrication des sphères publiques et privées, en l'identifiant comme une caractéristique profonde de la construction du politique en Afrique subsaharienne. Qu'il s'agisse des concepts du « néo-patrimonialisme », de l'« Etat-*business* », des « politiciens entrepreneurs », du modèle du « *Big Men* » (Fauré et Médard 1995), de la « politique du ventre » (Bayart 2006), ou de la figure du « politicien investisseur » (Lacam 1988), ces différentes notions ont été conçues et mobilisées afin d'analyser les stratégies d'accumulation des ressources économiques, sociales et symboliques à des fins d'enrichissement personnel et de redistribution clanique de la classe politique.

Avec les plans d'ajustement structurels, certains auteurs, telle que Béatrice Hibou, ont porté leur attention sur le développement du phénomène de la « privatisation de l'Etat », et questionné la possible « décharge de l'Etat » de certaines politiques publiques (*policies*) (Hibou 1999). Selon cette auteure, la montée de ce qu'elle a appelé une « gouvernamentalité privée indirecte », c'est-à-dire des intermédiaires privés dans la gestion politique africaine, a contribué

à transformer les relations public/privé. Mais ce processus ne signifie pas pour autant que l'Etat se « retire » ou qu'il perde en légitimité et en autorité. La privatisation de l'Etat génère plutôt une renégociation des relations de pouvoir entre les acteurs publics et privés, contribuant à la formation d'un Etat toujours en construction, d'une modification des relations entre l'« économique » et le « politique ». Plus encore, il s'agit essentiellement d'un remodelage subjectif des façons d'être et d'agir dans ces différents domaines et d'une transformation cognitive : « on constate dans tous les pays la montée des acteurs privés, mais, plus encore, des discours et des interprétations valorisant le « privé », le « marché », la privatisation des entreprises publiques, la libéralisation économique et financière et le désengagement de l'État » (Hibou 1999, 13). Autrement dit, le référentiel global de marché détermine la construction du politique au niveau local. Cependant, ces analyses se sont surtout attachées à saisir les processus de transformation des fonctions régaliennes et de régulation de l'Etat, sans aborder une éventuelle privatisation des services sociaux (santé, éducation, etc.).

Ainsi, l'analyse des entreprises privées comme des « partenaires » des actions publiques transnationales (*policies*) dans des domaines d'action sociale n'a pas encore été effectuée. C'est ce que se propose de faire cette recherche. Or, si les entreprises privées ont été amenées, jusqu'à l'arrivée du VIH/sida, à prendre en charge la santé de leurs travailleurs, c'est bien dans une logique de substitution par rapport à des autorités étatiques incapables de maîtriser l'étendue de leur territoire ou de faire fonctionner le modèle importé de l'Etat keynésien (Hibou 1998), et non de collaboration.

3.2. Action publique transnationale en contexte africain contemporain : l'articulation du local au global

Extraversion et transnationalisation de la politique africaine

Alors que l'analyse de la transformation des « politiques publiques » en « actions publiques » s'est d'abord développée dans le cadre des politiques européennes, sa conception est particulièrement adaptée aux contextes des pays à revenus limités, et notamment d'Afrique subsaharienne (Enguéléguélé 2008; Eboko 2013a). En effet, rappelons que l'« action publique » se caractérise par deux phénomènes majeurs : sa privatisation et sa transnationalisation. Si dans les premières sections de ce chapitre, j'ai montré différentes

facettes de sa privatisation, je m'attacherai ici à développer les enjeux de sa transnationalisation. Dans un contexte de mondialisation, la construction des politiques publiques des Etats du monde entier sont influencées par la diffusion et le « transfert » de normes, techniques et savoirs (Nay 2010a). Cependant, c'est l'ampleur de ce phénomène en Afrique qui le distingue (Darbon 2008), et particulièrement dans le cadre d'actions publiques largement dépendantes de l'aide extérieure.

Dominique Darbon définit les sociétés africaines comme des « sociétés projetées ». Elles sont dominées cognitivement par des pays développés qui tendent à « imposer un agenda ainsi que des référentiels et des techniques à des sociétés en développement dont les dynamiques sociales ne produisent pas ces enjeux et dont les capacités de gestion très limitées ne pourront assurer la mise en œuvre » (Darbon 2008, 138). Alors que l'objectif affiché des acteurs de la coopération internationale était d'améliorer l'efficacité des politiques publiques, il tend à se retourner contre lui-même : « Au nom – tout à fait légitime et justifiable – d'une plus grande efficacité de l'Etat ou d'un renforcement de la société, on propose des normes nouvelles qui favorisent la multiplication d'ajustements déviants et de pratiques d'*exit option* qui, faute d'être capitalisées, deviennent perverses et consacrent l'inefficacité » (Darbon 2008, 146).

Au-delà d'une logique « *top/down* » qui imposerait des modèles institutionnels à des récepteurs passifs, la transnationalisation de ces actions publiques fait apparaître des stratégies de pouvoir, tant des acteurs internationaux que des acteurs nationaux et locaux, qui leur confèrent tant une légitimité symbolique que des ressources. L'adaptation du modèle d'origine au niveau local est ainsi l'objet d'ajustements, de contournements et d'instrumentalisation qui rendent ce phénomène dynamique. Jean-François Bayart parle ainsi de « glocalisation » afin de définir ce phénomène de diffusion et d'imbrication de normes globales au sein d'environnements sociaux mus par des dynamiques locales (Bayart 2004). Ainsi, loin d'être un processus unilatéral, les différences d'historicité, de cultures politiques, de contextes économique, social et épidémiologique font apparaître des variations entre pays. Autrement dit, les « modalités de convergence » (Hassenteufel 2005, 124) entre les injonctions internationales et les politiques nationales et actions locales changent d'un pays à l'autre. Une analyse comparative asymétrique entre deux pays (Côte d'Ivoire et Cameroun) permettra de mettre en exergue ce phénomène (cf. Chapitre 2).

Cette extraversion structurelle a particulièrement façonné l'organisation des « politiques de développement », incluant notamment les politiques publiques de santé et la lutte contre le VIH/sida.

Un contexte d'extraversion exacerbé et critiqué

Selon Olivier Nay, les transformations actuelles du champ du développement reflètent les dynamiques de la gouvernance mondiale précédemment présentées, notamment dans sa dynamique de privatisation. Il se caractérise par :

« une forte professionnalisation de ses acteurs (financiers, techniques, opérationnels ou intellectuels), un brouillage croissant des frontières entre sphère publique et sphère privée, une diversification de règles et de normes d'action publique, des dynamiques soutenues de circulation des idées et des savoirs sur le développement, et enfin des modes de financement plus complexes et souvent opaques » (Nay 2010b, 140).

Cette privatisation de l'action publique participe à la ré-articulation continue des sphères publiques et privées. Et au sein des pays aux ressources limitées (et en première ligne, de nombreux pays africains), l'aide au développement tend à s'institutionnaliser et à façonner la gestion de secteurs sociaux entiers (santé, éducation, environnement).

Or, ce mode de gouvernance externalisé ne cesse de susciter de nombreuses critiques quant à ses effets et à son efficacité réelle. Je citerai ici certaines des plus récurrentes, afin d'esquisser un tableau du contexte politique et polémique dans lequel s'inscrit la lutte contre le VIH/sida.

Au niveau de son efficacité, certains ont souligné l'inadéquation entre les stratégies proposées et les besoins locaux. L'aide au développement suscite ainsi la création de besoins non reproductibles, le développement de situations de sujétion croissante (Delville et Abdelkader 2010), l'élaboration de stratégies « *top-down* » qui « trouvent des problèmes aux solutions » (Naudet 1999) plutôt que l'inverse, ou encore le financement de projets absurdes, en décalage avec la réalité sociale ou qui étouffent des solutions innovantes. Au niveau de son impact sur la gouvernance locale, elle a été critiquée pour des comportements tels que la désincitation à l'effort, la déresponsabilisation des leaders politiques, le clientélisme ou la corruption qu'elle a pu induire, sans bénéficier aux populations locales (Moyo 2009). Au niveau institutionnel, l'aide a également été critiquée pour la généralisation de systèmes *ad hoc*, contournant l'Etat, délégitimant les acteurs publics, et intensifiant les phénomènes de chevauchements, de zones d'ombres, de systèmes à double vitesse et d'une faible coordination des acteurs. La fragilisation des systèmes publics nationaux a également été dénoncée, les organisations internationales créant une concurrence déloyale de salaires éloignés des normes nationales et générant des tensions par la création de programmes verticaux (Lange 2006).

Cette tension intrinsèque de l'aide au développement est particulièrement cruciale dans le domaine du VIH/sida, où l'aide internationale représente plus de 50% des budgets nationaux

des pays d'Afrique subsaharienne. Son arrêt brutal génèrerait dès lors une situation extrêmement critique (Hunsmann 2012). De nombreux effets corrélatifs ont ainsi été spécifiquement étudiés dans ce domaine d'action, tels que les défis liés à la coordination de la multiplicité d'acteurs en présence (Batsell 2005; Brown 2009; Harman 2007; Hellevik 2012), la création d'un « business du VIH/sida » (Delaunay et al. 1999), le maintien de relations asymétriques entre donateurs et receveurs (Patterson et Haven 2005; Patterson et Cieminis 2005), ou encore l'ambivalence du rôle des Etats (Fassin et Dozon 1989; Patterson 2005; Eboko 2005b; Furlong et Ball 2005). De manière fondamentale, les actions publiques de lutte contre le VIH/sida font face au dilemme de l'institutionnalisation d'une aide d'urgence et biomédicale. La technicisation du problème du VIH/sida tendant à fragmenter, à dépolitiser et à sur-médicaliser des réponses apportées (Fassin 1994) (Nguyen et al. 2011). L'aide allouée au VIH/sida a eu tendance à reléguer au second plan les conditions économiques et sociales structurelles des populations touchées par la maladie (Kalofonos 2008; Hunsmann 2009; Hardon 2005). Enfin, parce que la réponse d'urgence adressée au VIH/sida s'inscrit actuellement dans la durée, on assiste à une institutionnalisation d'un mode de gouvernamentalité exceptionnel (Hours 1987; Agamben 2003a; Fassin et Vasquez 2005).

Face à ces nombreux défis, un ensemble de sommets et de forums internationaux se sont succédés au cours des années 2000⁶¹, afin de transformer les modalités d'allocation de l'aide et améliorer son efficacité. Le secteur privé s'y est progressivement imposé comme un partenaire incontournable, avec le double avantage d'être un acteur disposant d'une autonomie financière et implanté au sein des sociétés locales. En 2005, la déclaration de Paris (2005), rédigée sous l'égide de l'Organisation de la coopération et du développement économique (OCDE), formule cinq principes (appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats, responsabilité mutuelle) afin de réformer en profondeur les modalités d'acheminement et de gestion de l'aide et pour la rendre plus efficace. En 2011, lors du 4^{ème} Forum à haut niveau sur l'efficacité de l'aide à Busan (Corée du Sud), tandis que l'on constatait que seulement 129 milliards de dollars avaient été mobilisés en 2010 sur les 300 milliards visés pour 2015, la collaboration avec le secteur privé s'est imposée comme une des alternatives fortes. Et pour la première fois, un accord multilatéral associant sur un pied d'égalité les pays développés et en développement ainsi que le secteur privé et les organisations non gouvernementales a été signé. Le Fond Mondial de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, fondé sur la base d'un partenariat multi-acteurs, répond à cette volonté de contrer les logiques bilatérales et de

⁶¹ Tels que le Consensus de Monterrey (2002), la Déclaration de Rome sur l'harmonisation (2003), la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005) ou le Forum de haut niveau d'Accra (2008).

répondre davantage aux besoins locaux par l'institutionnalisation de réponses collaboratives. Désormais, le secteur privé est invité à contribuer activement aux processus d'élaboration, de financement et de mise en œuvre des politiques de développement.

Comment ces principes élaborés au niveau de la gouvernance mondiale se traduisent-ils au sein d'actions publiques locales ? Quels sont les risques de décalage entre une rhétorique politique et les intérêts réels des acteurs à s'engager au sein d'une action publique contraignante ? Alors que nous avons montré que certaines initiatives d'entreprises privées avaient été décisives dans le processus de généralisation de l'accès aux traitements, dans quelle mesure le secteur privé pourrait-il être une réponse aux profonds défis rencontrés par l'aide au développement au niveau local ? Le secteur privé peut-il être un modèle pour la promotion de la santé en Afrique subsaharienne ?

En résumé, j'ai montré que face à la crise de légitimité que traversent les États aujourd'hui, l'implication du secteur privé au sein des politiques de santé a suscité de nombreux espoirs, manifestés sous différentes formes : développement de partenariats public-privé de santé internationale, promotion des démarches de RSE, appels au secteur privé pour qu'il contribue au financement de la santé globale, intégration des entreprises privées au sein des politiques multisectorielles de lutte contre le VIH/sida. J'ai souligné que, malgré les différents types d'acteurs privés impliqués (entreprises pharmaceutiques, fondations privées, firmes multinationales, entreprises locales), les différentes échelles concernées (globale ou locale) et les différentes configurations d'acteurs concernées (forums internationaux, partenariats avec la société civile au niveau local, collaboration avec chercheurs et experts scientifiques, etc.), le « référentiel global de marché » (Jobert 1994b) soutenait ce processus. Dès lors, bien que le rôle des entreprises privées, leurs intérêts à agir, et les modalités d'action soient profondément divergents d'une configuration à l'autre, une rhétorique englobante tend à voiler ces divergences. Cette tension est particulièrement marquée à propos de la question de l'autonomie ou de la participation des entreprises privées à agir au sein d'une action publique locale. Il semblerait que les modèles participatifs élaborés à un niveau global soient plaqués sur un monde social local au sein duquel les entreprises privées ont toujours agi de manière autonome. Je propose désormais de présenter le cadre d'analyse qui guidera cette recherche.

4. La politisation paradoxale des entreprises privées au sein d'une action publique locale. Proposition d'un modèle d'analyse.

Alors que le « référentiel global de marché » façonne aujourd'hui la définition des politiques publiques, je propose de partir de l'approche théorique néolibérale afin d'en dégager les présupposés, les caractéristiques et les modalités de mise en œuvre. A partir de ce modèle théorique, je pourrai dès lors essayer d'identifier de manière plus précise les paradoxes de la politisation des entreprises privées au sein d'une action publique locale. Dans un premier temps, je questionnerai les conditions qui pourraient effectivement permettre aux entreprises privées de jouer un rôle de modèle dans la promotion de la santé publique. Dans un second temps, j'exposerai quelles sont les spécificités de ce rôle dans le contexte d'une action publique transnationale en Afrique subsaharienne, quelles sont les notions mobilisées pour analyser ce phénomène et quel est l'apport d'une recherche sur les entreprises privées dans un contexte où celles-ci représentent un acteur marginal.

4.1. Les entreprises privées, un « modèle » pour la santé publique ?

Les entreprises privées : un modèle de rationalité, d'efficacité et de véracité ?

Selon Max Weber, si diverses formes d'administrations bureaucratiques (Etat, Eglise, armée, parti, groupement d'intérêt, associations fondations), expriment et soutiennent le développement de la rationalité moderne, les entreprises privées capitalistes ont souvent été amenées à jouer un rôle de « précurseur » de la bureaucratie moderne (Weber 1991, 15). En effet, selon le sociologue allemand, l'entreprise privée tient sa naissance d'une rupture avec les formes traditionnelles de production et d'échange, telle que l'économie domestique, ainsi que d'une séparation avec des pressions sociales exercées par des collectivités dites « primaires ». La technique moderne conjuguée à l'économie de production de biens l'amène à développer un savoir spécialisé ainsi que la connaissance pratique, s'organisant ainsi selon un système

hiérarchique et de mise en concurrence des compétences et qualifications professionnelles de chacun. Prédicibilité, discipline, savoir-faire, rigorisme, confiance, seraient des qualités qui lui seraient propres. Si cette conception « idéal-typique » ne permet pas de rendre compte de la réalité effective des entreprises privées, elle a l'avantage de mettre en avant une perception partagée des entreprises, comme organisation efficace et rationnelle.

Michel Foucault prolonge et développe cette conception des entreprises comme de véritables modèles. Dans la *Naissance de la biopolitique*, il a montré comment, selon l'approche néolibérale, les entreprises privées représentaient le *modèle* sociétal par excellence vers lequel les autres entités sociales (individus, groupes sociaux, famille, etc.) se devaient de tendre, dans la mesure où elles sont mues par une recherche d'efficacité dans un contexte concurrentiel (Foucault 2004, 247)⁶². En étant régies par le jeu de l'offre et de la demande du marché, elles seraient plus enclines à dégager naturellement une vérité. En tant qu'unité de base du marché, elles constitueraient fondamentalement un « lieu de véridiction » (Foucault 2004). Dans le cadre du VIH/sida, parce qu'elles seraient mues par des exigences de coûts-efficacité, elles représenteraient, tant *des modèles* d'action à « publiciser » auprès des autres acteurs publics et privés, qu'*un modèle* dans la gestion à plus grande échelle de cette épidémie. Les entreprises privées seraient, *malgré elles*, des locomotives qui permettraient de combler des inégalités mondiales dans l'accès à la santé.

Prendre soin de la santé de ses employés : la
« théorie du capital humain »

Selon Michel Foucault, l'essor du néolibéralisme américain s'est produit au moment où les entreprises privées ont rompu avec une conception de la force de travail quantitative à une approche qualitative (Foucault 2004). C'est-à-dire, alors que le travailleur était considéré comme un objet de rencontre entre l'offre et la demande sur le marché du travail, impliquant des variables quantitatives (nombre de travailleurs, temps de travail, salaire des employés), celui-ci est devenu un sujet économiquement actif, doté de compétences, de qualités et de savoirs propres qu'il s'agissait désormais de préserver et d'optimiser. Ce basculement a été appuyé par les théoriciens américains du « capital humain », tels que Theodor Walter Schultz (Schultz 1961; Schultz, Letiche et Challali 1983), Jacob Mincer (Mincer 1958), Gary Becker

⁶² Cf p. 247 : « D'un côté, bien sûr, il s'agit de démultiplier le modèle économique, le modèle offre et demande, le modèle investissement-coût-profit, pour en faire un modèle des rapports sociaux, un modèle de l'existence même, une forme de rapport de l'individu à lui-même, au temps, à son entourage, à l'avenir, au groupe, à la famille ».

(Becker 1962) ou Lionel Robbins (Robbins 1932). Désormais, le travailleur est appréhendé à partir de son « capital-compétences » qui permet de générer des flux de revenus (Foucault 2004, 230). Les investissements des entreprises dans l'éducation, la santé, la formation, ou même les loisirs de leurs employés ne sont plus interprétés en termes de « consommation », mais comme des « détours de production » (Paltrinieri 2013). Plus particulièrement, dans le champ de la santé, les endémies se présentent à elles « comme des facteurs permanents (...) de soustraction des forces, diminution du temps de travail, baisse d'énergies, coûts économiques, tant à cause du manque à produire que des soins qu'elles peuvent coûter (qu'il s'agit d'endiguer) » (Foucault 2001, 161). La santé, les soins médicaux, ou l'hygiène publique deviennent des variables clés dans l'amélioration du « capital humain » d'une entreprise (Foucault 2004, 236). Dès lors, deux types de conséquences se posent.

D'une part, suivant la théorie néolibérale, les programmes sociaux, loin de s'opposer aux intérêts directs des entreprises, s'y trouvent réconciliés, pouvant les alimenter et les développer. Autrement dit, la rationalité néolibérale, en se fondant sur la valorisation du « capital humain », intègre intrinsèquement des activités de développement social et sociétal. Les néolibéraux « sont intimement persuadés que le pari de l'homme constitue l'un des leviers essentiels d'une compétitivité renforcée et d'une performance durable pour les entreprises » (Paltrinieri 2013). Les entreprises privées n'interviennent dans le domaine social, ni pour pallier leurs externalités négatives (c'est à l'Etat de fixer des règles en amont que les entreprises devront ensuite respecter), ni par philanthropie. Les entreprises privées n'ont pas à combler les lacunes de l'économie de marché, mais à participer à la création des conditions de l'enrichissement collectif de la population (« capitalisation généralisée ») pour que chacun puisse se prémunir et s'assurer des différents risques qui le guettent (« économie sociale de marché », « politique sociale privatisée », politique sociale individuelle ». Si ces politiques sociales peuvent ensuite servir l'image de l'entreprise, sous des affichages de leur « nouvel humanisme » (Paltrinieri 2013), la rationalité économique en est bien son fondement premier.

D'autre part, les entreprises privées néolibérales, « [prenant] conscience de la situation vitale d'ensemble du travailleur, sa situation réelle, du matin au soir, du soir au matin » (Foucault 2004, 164), sont amenées à intervenir dans des domaines traditionnellement situés en dehors de leur sphère d'action, tels que l'éducation, les loisirs, la santé, les soins médicaux ou l'hygiène publique (Foucault 2004, 236). Ces domaines cessent d'être des champs extérieurs à l'entreprise pour s'y intégrer. Nous assistons à une dissolution entre la « sphère de production »

et la « sphère de reproduction » : tout ce dont hérite le travailleur (patrimoine génétique et dispositions individuelles), tout ce qui lui arrive (milieu de socialisation, ambitions des parents et de l'entourage, accidents de la vie) et tout ce qui contribue à l'entretien ou à la détérioration de son capital humain au niveau physique (soins, diète, sport, repos) et psychique (vie amoureuse et sexuelle, loisirs) deviennent une préoccupation à part entière pour son entreprise (Feher 2007, 15). Ainsi,

« tant du point de vue du capital humain soucieux de s'apprécier que de celui des institutions désireuses de le gouverner, c'est-à-dire de l'aider à se valoriser, le sujet présumé et ciblé par le néolibéralisme peut donc être assimilé à un portefeuille de conduites et les politiques qui le visent à des actions destinées à infléchir les cours de la bourse des comportements » (Feher 2007, 18).

La santé en entreprises privées : un modèle pour la santé publique ?

Selon Michel Foucault, en initiant une rationalisation collective de la santé de leurs employés, les entreprises privées deviennent des *modèles* pour les politiques sanitaires de plus grande ampleur. L'Etat pourrait ainsi prendre exemple sur elles et mettre en œuvre des politiques qui se donnent pour objectif, non plus de gérer la maladie par des mesures interventionnistes directes (dressage des comportements, assistance, mesures d'isolement), mais par la mise en œuvre de mécanismes globaux, afin de régulariser les processus de naissance, de mort, de reproduction et de maladie. La maladie ne serait alors plus envisagée comme « la mort qui s'abat brutalement sur la vie », mais comme une « mort permanente, qui glisse dans la vie, la ronge perpétuellement, la diminue et l'affaiblit » (Foucault 2001, 161), et qu'il s'agirait de bloquer en amont ou de gérer en aval en agissant sur ses conditions globales (campagnes d'apprentissage de l'hygiène, médicalisation de la population, système d'assurances, épargne individuelle et collective, etc.). C'est ainsi que la rationalité économique des entreprises privées fonde le développement de la « biopolitique », c'est-à-dire d'une politique qui a pour objectif de développer le « capital humain » de sa population (Foucault 2001, 159)⁶³.

Cependant, pour que les entreprises privées puissent pleinement jouer leur rôle de modèle, l'Etat qui les gouverne se doit d'être « frugal », c'est-à-dire d'agir sur les mécanismes globaux de marché et de laisser aux acteurs la possibilité de se développer et d'interagir librement, sans venir les étouffer, les détourner ou les écraser (Foucault 2004). L'Etat souverain, fondé sur un système politico-juridique, cède la place à l'Etat néolibéral. Dans ce système, ce sont tous les

⁶³ Michel Foucault définit la biopolitique comme un nouveau mode de gouvernementalité qui a pour objectif, non plus de « *laisser vivre et de faire mourir* » mais de « *faire vivre et de laisser mourir* ».

acteurs de la société, au sens individuel comme au sens collectif (notamment les entreprises), qui sont amenés à devenir plus responsables et critiques vis-à-vis de l'Etat (Hache 2007). Et parmi ces acteurs, ceux issus du marché sont perçus comme les modèles clés d'intelligibilité (Gros et al. 2013). Ainsi, selon Michel Foucault, le changement de modèle de gestion des ressources humaines des entreprises privées a impulsé le passage à un système néolibéral, qui a lui-même développé un nouveau mode de gestion de la santé publique, appelé « biopolitique »⁶⁴ (Foucault 2004).

Les questions de la pertinence, de l'applicabilité et de l'effectivité de ce modèle théorique se posent dans le contexte africain actuel. Cette mise en perspective est d'autant plus fondamentale que les arguments de la « théorie du capital humain » ont largement été repris par la littérature académique, ainsi que par la littérature grise des organisations internationales. Dans quelle mesure ce modèle théorique est-il pertinent pour analyser les stratégies de lutte contre le VIH/sida des entreprises privées implantées en Afrique subsaharienne ? Et dans quelle mesure les entreprises privées ont-elles pu être, effectivement, des modèles, dans la réponse faite au VIH/sida ?

Si les stratégies des entreprises privées, sont guidées par leurs propres intérêts, leurs propres modes d'organisation (Weber 1991), leur propres cultures (Sainsaulieu 1997), instituant des rapports de pouvoir spécifiques (Crozier et Friedberg 1977), elles restent fondamentalement influencées par leur environnement (Bernoux 1995)⁶⁵. L'analyse de l'environnement et les dynamiques spécifiques des politiques et des sociétés africaines contemporaines est ainsi essentielle pour comprendre le positionnement et le rôle des entreprises privées au sein d'une action publique de santé publique transnationale.

⁶⁴ Selon Michel Foucault, ce type de nouvelle gestion de la maladie, qui intervient sur les populations et non plus sur les corps, est intimement corrélé à l'avènement du système néolibéral : « l'analyse de la biopolitique ne peut se faire que lorsque l'on a compris le régime général de cette raison gouvernementale (...) qui est le libéralisme » (Foucault 2004, 24). C'est ainsi que dans son cours au Collège de France (1978-1979) intitulé « Naissance de la biopolitique » Michel Foucault ne fait qu'évoquer la biopolitique, pour s'attacher à l'analyse de la gouvernementalité néolibérale.

⁶⁵ La sociologie des organisations, en rompant avec une approche structurelle de la sociologie du travail, a permis d'introduire la conception d'une entreprise comme d'un « construit social », autonome et obéissant à ses propres règles de fonctionnement. L'entreprise n'est plus appréhendée, selon une approche marxiste, comme la reproduction et l'institutionnalisation directe de rapports sociaux lui préexistant et l'englobant, ou comme le lieu manifeste de l'exploitation, de l'aliénation ou de l'injustice entre les classes sociales. Sans être coupée de son environnement, l'entreprise, en tant qu'unité aux intérêts spécifiques, développe des normes, des pratiques et des représentations qui la distinguent des autres unités sociales.

4.2. Quel « modèle » des entreprises privées en contexte africain ?

« Economie politique » et « économie morale »

En Afrique subsaharienne, alors que les premières mesures de santé publique se sont développées dans le cadre de l'exploitation coloniale, en suivant une dynamique explicitement économique, cette logique se trouve aujourd'hui « concurrencée » et suppléée par ce que Vinh Kim Nguyen appelle l'« interventionnisme biohumanitaire », c'est-à-dire la manière dont un « global power » (organisations internationales, ONG, communauté épistémique, etc.) s'octroie le droit d'outrepasser les souverainetés nationales au nom du principe du droit à la vie (Nguyen 2010). En effet, au-delà de l'Afrique, la santé est aujourd'hui utilisée comme un puissant instrument de légitimation politique. Que ce soient aux niveaux nationaux (Fassin 2003b; Fassin 2003a), supranationaux (Guigner 2012), ou infranationaux (Clavier 2012), elle participe à une construction de l'autorité politique et repousse certaines barrières formelles et classiques, issues d'une conception légale-rationnelle du pouvoir.

C'est ainsi que la conception économiciste de la « biopolitique », telle que théorisée par Michel Foucault, a aujourd'hui fait place à une vision plus morale de la gestion de la santé publique, telle que présentée par Didier Fassin. Ce dernier a montré comment le pouvoir *de* la vie est devenu dans nos sociétés contemporaines « la justification première de l'action ». Une nouvelle « biolégitimité » et une nouvelle « économie morale » se déploient, fondées toutes deux sur la préservation de la vie comme principe ultime de l'action politique (Fassin 2003c; Fassin 2005). Selon cette approche, ce n'est plus tant la recherche d'optimalisation du capital humain à des fins économiques qui dicte les politiques de santé, que le principe moral de la préservation de la vie. Le VIH/sida a été un enjeu de santé particulièrement révélateur de cette transformation, repoussant de nombreuses frontières, au sein de contextes variés, au nom du consensus généralement admis du droit à la vie. C'est ainsi que des licences exceptionnelles ont pu être accordées afin de permettre la production de génériques à destination des pays déclarés en «urgence sanitaire » (Dixneuf 2003), que des étrangers illégaux ont pu accéder à une régularisation de leur situation juridique au nom de leur état de santé précaire et de la « raison humanitaire » en France (Fassin 2003c; Mbaye 2009), ou que certains blocages politiques et sociaux hérités de l'apartheid ont pu être dépassés en Afrique du Sud (Fassin 2003a). L'appel aux registres moral et compassionnel permet de dépasser des blocages structurels à la fois légaux, sociaux et politiques.

Didier Fassin a également mis en exergue le caractère fondamentalement politique de ce processus médical apparemment neutre et technique. En effet, les choix politiques guidant la santé publique se font en fonction de critères, de rationalités, de systèmes de valeurs et de croyances qui sont particuliers et subjectifs (Fassin 2010; Legrand 2007). La biopolitique est ainsi « une entreprise politique à part entière portée par des acteurs en concurrence les uns avec les autres dans un contexte d'évolution constante des instruments de l'action publique et de ses objectifs » (Bossy et Briatte 2012, 12). A l'« économie politique » foucauldienne s'articule une « économie morale », qui se pose en « contre-point nécessaire à l'économie politique », et qui intègre à l'analyse des rapports de production celle de l'existence physique et sociale des individus (Fassin 2005, 17). Autrement dit, alors que dans une économie politique, les individus sont exclusivement appréhendés par rapport à leur contribution à la richesse collective, l'économie morale reconnaît l'existence de ces corps souffrants et génère ainsi des « protocoles compassionnels » (Fassin 2005, 17). Or, ces deux dynamiques (économie morale et économie politique) ne s'opposent pas, mais entrent en tension, et participent aux stratégies et aux reconfigurations des acteurs en présence.

Dans le contexte africain, certains travaux ont mis en exergue la manière dont les puissances extérieures légitiment leur ingérence au nom de ce droit à la vie (Nguyen 2010; Chabrol 2012; Fassin et Vasquez 2005). Dans son ouvrage « *The Republic of Therapy* », Vinh Kim Nguyen a montré la manière dont l'ingérence humanitaire légitimée au nom du principe de la vie (*biolégitimité*) a participé à remodeler les rapports de pouvoirs entre ce qu'il appelle le « *global power* » et les sociétés africaines. En s'appuyant notamment sur l'exemple de l'« Initiative Onusida » mise en œuvre en Côte d'Ivoire à la fin des années 1990, l'auteur a souligné que les critères utilisés pour définir l'inclusion ou non des personnes vivant avec le VIH au sein de la cohorte ne revêtaient que des apparences de neutralité technique et biomédicale. À l'évaluation clinique des individus s'ajoutaient leurs conditions économiques et sociales afin que ceux-ci soient le plus aptes possible à assurer une partie des coûts une fois l'initiative terminée. Afin d'accéder aux traitements, certains malades ont également développé des stratégies de témoignages. En s'appuyant sur le registre du compassionnel auquel les bailleurs sont sensibles, leurs « corps souffrants » sont devenu une arme politique (Nguyen 2002), définissant une nouvelle forme de « citoyenneté thérapeutique » (Nguyen 2010). Vinh Kim Nguyen dénonce la manière dont ce « *global power* » s'est octroyé le droit de vie et de mort sur des populations entières en terres étrangères, via ces pratiques de « triages », au nom de la vie

(Nguyen 2010). De plus, tandis que l'objectif de l'« Initiative » était de prouver la capacité à prendre en charge rapidement un nombre important de patients, des bithérapies, moins onéreuses, ont pu être privilégiées au détriment des trithérapies, dont la supériorité en termes de bénéfices médicaux avait été prouvée. La haute portée politique de cette opération a ainsi pu prendre le pas sur les enjeux de santé publique (Nguyen 2010).

Or, si le pouvoir politique de la vie est particulièrement mis en avant dans le cadre des actions publiques de lutte contre le VIH/sida, largement façonnées par l'aide extérieure en Afrique, les logiques historiques de prise en charge des populations à des fins de productivité et de rentabilité sont souvent balayées des analyses, ou alors abordées selon une démarche analogique (Nguyen 2010). Autrement dit, alors que le développement des politiques d'hygiène et de santé en Afrique s'est d'abord effectué à des fins d'exploitation coloniale et postcoloniale, le rôle que les entreprises privées peuvent encore jouer dans la gestion de la santé de leurs employés et des populations environnantes n'a pas encore été analysé dans le cadre de recherches, si ce n'est dans le cas des études portant sur le contexte hyper-endémique de l'Afrique australe, suivant généralement une approche de santé publique.

L'enjeu ici est d'analyser la « politisation » des entreprises privées. Or, nous nous trouvons face à un paradoxe fort. D'un côté, les entreprises privées sont encouragées à agir dans le VIH/sida, par rapport à une logique économique directe. C'est-à-dire, dans la mesure où leurs actions seraient fondées sur un intérêt direct à agir en termes de préservation de leur main d'œuvre, elles seraient susceptibles d'engager des actions efficaces. Or, pour généraliser leur implication tout en régulant leurs actions, il s'agirait de les inclure dans une action publique coordonnée. Or, cette politisation conduit inéluctablement à l'érosion de leurs spécificités et des conditions mêmes qui les ont amenées à développer ces premières actions autonomes. Selon une approche foucauldienne, les initiatives du secteur privé ne peuvent se développer qu'à la condition d'être autonomes au sein d'un système où l'Etat est « frugal ». Pour jouer leur rôle de modèle, elles ont besoin d'évoluer dans un système « néolibéral » au sein duquel l'Etat leur donne la liberté d'agir selon leurs intérêts, sans intervenir.

Ainsi, quels ont été les effets d'une politisation *a priori* paradoxale, d'un acteur dont la spécificité est d'être, *a priori*, apolitique ? L'« interventionnisme biohumanitaire » a-t-il relayé, évincé ou transformé les réponses des entreprises privées au VIH/sida ? Comment les entreprises privées se sont-elles ajustées à ce nouvel « interventionnisme biohumanitaire » ?

L'analyse du rôle des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida permet donc de mettre au jour l'articulation de deux conceptions de la gestion de la santé publique aujourd'hui : l'une économique, fondée sur la préservation du capital humain, et l'autre politique, fondée sur la « raison humanitaire ». Or, actuellement, l'utilisation d'un unique terme (« biopolitique ») ne permet pas de distinguer les différentes logiques qui sont à l'œuvre et qui coexistent : les logiques néolibérales, telles que conceptualisées par Michel Foucault, et celles associées à la « biolégitimité » contemporaine, utilisée notamment par Didier Fassin et Vinh Kim Nguyen. Afin de distinguer ces deux logiques, je propose de définir une nouvelle notion : celle de « bioéconomie ».

L'apport de la notion de « bioéconomie »

Bien que ce terme n'ait pas été directement utilisé par Foucault⁶⁶, j'entends par bioéconomie la rationalité qui se situe au fondement des stratégies d'optimisation de la santé des individus, en tant que « capital humain », conduites à des fins d'accroissement de productivité et de richesse. Les individus sont appréhendés ici à partir de leur utilité économique. Si cette notion s'applique en premier lieu aux entreprises privées, elle peut également permettre d'identifier des politiques publiques qui se donnent pour objectif d'accroître « la richesse des nations » par la mise en œuvre de stratégies d'investissement sur le capital humain de leurs populations.

Je précise que je n'adopte pas le sens actuel que peut revêtir le terme « bioéconomie », qui correspond à une approche économique fondée par l'économiste critique de la pensée néolibérale Nicholas Georgescu-Roegen et qui propose de réconcilier l'économie avec l'écologie et le vivant dans une perspective de « développement durable » (Georgescu-Roegen 1978). Je n'adopte pas non plus la conception d'une « bioéconomie » qui se référerait au commerce des produits labellisés « biologiques ». J'appréhende la « bioéconomie » comme étant un sous-produit direct de la « biopolitique », et donc du néo-libéralisme, en tant que

⁶⁶ Dans son article « Biopolitique / bioéconomie », Maurizio Lazzarato aborde la « biopolitique » de Foucault, à travers la « bioéconomie », en effectuant une analyse foucauldienne de l'économie à partir des thèmes du marché, de l'entreprise et du travail, sans pour autant définir ce terme (Lazzarato 2005).

gestion économique du vivant, afin de préserver une force de travail rentable. Même si, dans ce « biosiècle », les termes utilisant le préfixe « bio » prolifèrent (« biocapital », « bioéthique », « biocentrisme », « bioparadigme », « homobio », etc.) (Moreau 2009) et que le recours à un « bioterme » polysémique est problématique, je choisis, malgré tout, de l'utiliser. En effet, il me semble être le plus adéquat pour identifier des stratégies économiques et managériales qui auraient pour finalité directe la préservation du vivant.

Ceci étant dit, j'identifie trois avantages majeurs du recours au concept de « bioéconomie ». Premièrement, le concept de « bioéconomie » permet de remettre l'*homo oeconomicus* et les logiques de marché au cœur de la biopolitique. Si la « biopolitique » foucauldienne n'est pas suffisante pour rendre compte du développement des politiques sanitaires dans le contexte africain caractérisé par sa forte extraversion, elle n'est pas non plus totalement obsolète⁶⁷. Si les essais thérapeutiques constituaient l'un des rares moyens d'accéder aux ARV pour les populations au tournant du siècle dernier, les entreprises privées étaient un lieu de prise en charge non négligeable. Par exemple, en Côte d'Ivoire, en 2001, alors que 700 personnes vivant avec le VIH/sida étaient prises en charge via l'Initiative nationale, et 1000 sur l'ensemble du pays, 64 personnes l'étaient via la seule Compagnie Ivoirienne d'Électricité (CIE), qui comptait 3500 salariés (Eholié et al. 2003). Je me propose donc de réarticuler ces deux formes de « biopolitiques » (humanitaire et néolibérale) qui ont pour point commun de contourner ou d'affaiblir la puissance publique étatique au nom de l'efficacité et de la promotion de la vie, tout en se défendant de s'y substituer totalement, dans un jeu d'équilibrisme subtil.

Deuxièmement, le concept de « bioéconomie » permet de distinguer les différents types de facteurs et d'intérêts qui guident les choix des entreprises privées. Plus précisément, il permet de distinguer les actions qui ont pour objectif de préserver la santé des employés pour elle-même, parce qu'elle est économiquement utile (stratégies directes), de celles qui s'occupent des enjeux de santé afin de parvenir à d'autres fins (stratégies indirectes). J'ai distingué deux formes de stratégies indirectes : celles à finalité sociale (protéger la cohésion sociale, voire l'allégeance des employés envers leur entreprise) et celles à finalité symboliques (améliorer l'image de l'entreprise). D'une part, la distinction entre la finalité bioéconomique et la finalité

⁶⁷ Si les essais thérapeutiques constituaient l'un des rares moyens d'accéder aux ARV à la fin des années 1990, les entreprises privées étaient à cette époque un lieu d'accès aux ARV non négligeable. En Côte d'Ivoire, en 2001, le dixième des personnes sous ARV l'étaient par leur biais⁶⁷. Or, ces initiatives pionnières d'accès aux ARV témoignent d'une continuité réelle (et non pas analogique⁶⁷) entre la gestion de la force de travail coloniale et post coloniale et la gestion de la santé et de la vie des populations africaines en temps de Sida.

sociale permet d'opérer une distinction entre les stratégies néolibérales adoptant une vision qualitative de la force de travail, et les stratégies informelles ou paternalistes, guidées par un souci de protéger la cohésion sociale de l'entreprise, voire l'allégeance des employés à leur employeur, dans un rapport paternaliste de protection-obéissance. D'autre part, la distinction entre les stratégies bioéconomiques et symboliques, permet de mettre en exergue la manière dont les programmes de lutte contre le VIH/sida peuvent rechercher, non pas la préservation de la santé pour elle-même (bioéconomique), mais la perception d'acteurs extérieurs, qui auraient l'image d'une entreprise préservant la santé de ses travailleurs (symbolique). Pierre Bourdieu définit le « capital symbolique » comme

« n'importe quelle espèce de capital (économique, culturel, scolaire ou social) lorsqu'elle est perçue selon des catégories de perception, des principes de vision et de division, des systèmes de classement, des schèmes classificatoires, des schèmes cognitifs, qui sont, au moins pour une part, le produit de l'incorporation des structures objectives du champ considéré, c'est-à-dire de la structure de la distribution du capital dans le champ considéré» (Bourdieu 1994, 161).

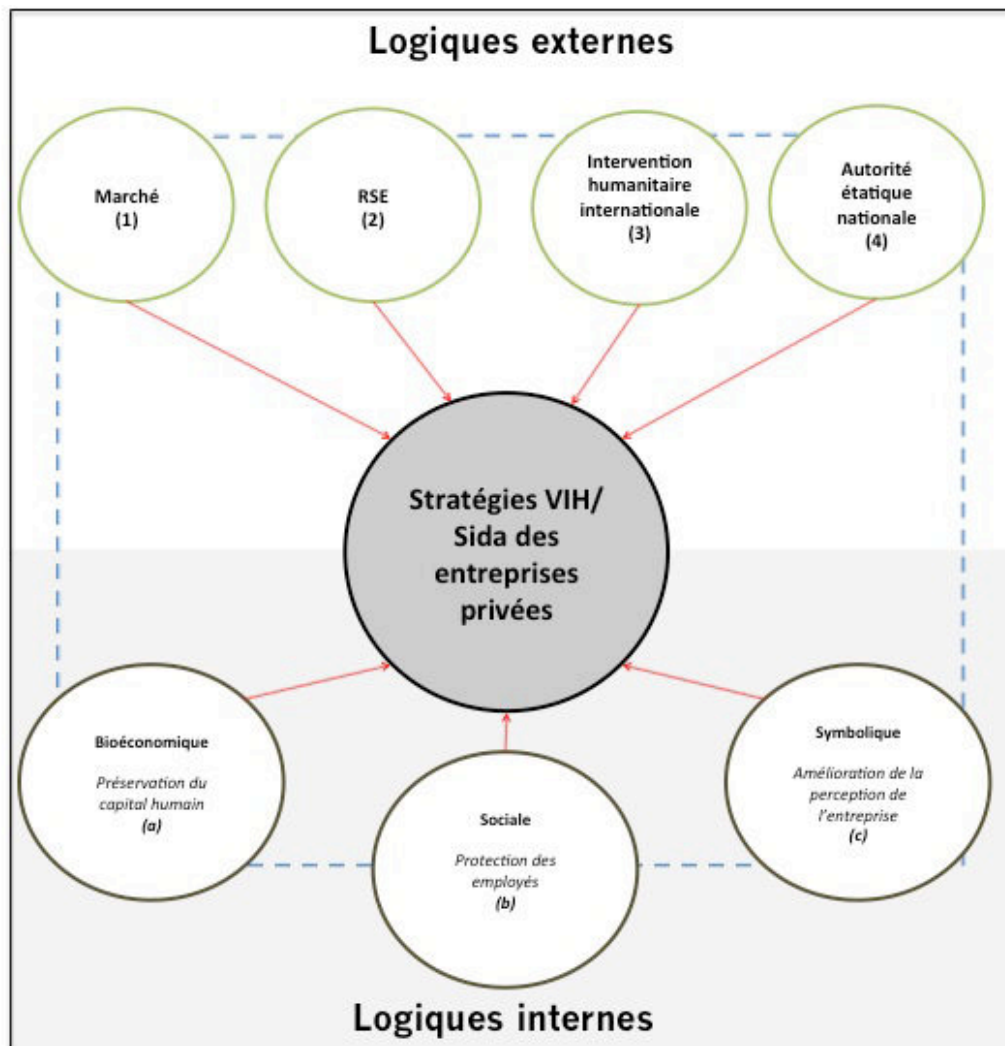
Cette logique se distingue de la rationalité bioéconomique, dans la mesure où elle est fondée sur un système de perceptions partagées, et non plus sur des objectifs de production, via l'amélioration de la santé des employés.

Troisièmement, la notion de « bioéconomie » permet de s'extraire des dichotomies entre le public et le privé ou l'économique et le politique. Le Schéma 2 (cf. *infra*) met en exergue l'articulation des logiques internes et externes qui ont façonné l'action des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida. Au niveau des logiques internes, je ne souhaite pas opposer les intérêts des entreprises privées qui seraient davantage égoïstes aux intérêts des acteurs publics qui seraient elles tournées vers le bien commun. Le concept de « bioéconomie » permet de réconcilier ces opposés en proposant une autre grille d'analyse des stratégies des entreprises privées. Aux logiques bioéconomiques (a), s'ajoutent et s'articulent des logiques sociales (b) et symboliques (c) qui s'instrumentalisent, se neutralisent ou s'ignorent mutuellement. De plus, celles-ci ont été modelées par leur environnement, c'est-à-dire par des logiques externes, tels que le marché (1), la RSE (2), l'intervention humanitaire internationale (3) et l'autorité étatique nationale (4).

Ainsi, dans quelle mesure l'argument de l'intérêt des entreprises en termes de préservation de leur capital humain a fait l'objet d'une réalité éprouvée ou d'une rhétorique mobilisée. Autrement dit, dans quelle mesure la spécificité des entreprises privées, c'est-à-dire leur propension à agir selon les lois de l'offre et de la demande, et par là-même à pouvoir proposer des modèles libérés des contraintes étatiques, a-t-elle été instrumentalisée et gommée par le

processus de leur politisation? En m'appuyant sur le Schéma 2 (qui sera explicité ultérieurement), je tenterai d'apporter des éléments de réponse à ces questions au cours de cette recherche et de mettre au jour l'articulation de ces rationalités hétérogènes.

Schéma 2 Logiques externes et internes des stratégies VIH/sida des entreprises privées



Source : auteure

L'apport d'une « biopolitique » polysémique en contexte africain

Alors que la biopolitique recouvre une pluralité de sens, que l'on peut appliquer à différents secteurs, sur plusieurs siècles, et à différentes aires géographiques, elle permet de mettre en avant une évolution commune « macro-historique de la rationalité gouvernementale » (Bossy et Briatte 2012, 9). Autrement dit, elle est une « conceptualisation de la rationalité politique qui traverse » ces différents champs d'action. Cet outil conceptuel, bien que polysémique⁶⁸ (et donc

⁶⁸ Après la mort de Michel Foucault, ce terme, mainte fois repris, connaît des orientations contrastées : entre la conception généraliste de Fassin et Memmi, qui la définissent comme l'intervention des pouvoirs publics sur les corps, celle de Hottis, qui l'appréhende à travers les enjeux politiques posés par le développement de la science génétique, celle de Agamben, qui radicalise cette notion en la définissant comme le rapport originaire et violent de la politique, où le pouvoir intervient dans la « vie nue » de ses citoyens ou encore de Sloterdijk, qui relie la biopolitique aux « capacités d'organisations immanentes et créatrices des puissances de vie ». Voir l'article « Biopolitique » de Frédéric Gros dans *l'Encyclopédie Universalis*, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/biopolitique/>

problématique) est particulièrement intéressant pour analyser les différents niveaux gouvernementaux (infra-nationaux-supra) qui sont impliqués dans la constitution des politiques de santé (Clavier 2012; Guigner 2012). Par ailleurs, il est particulièrement efficace pour analyser la force « impérialiste » et néocoloniale des interventions biohumanitaires (Nguyen 2010). Cependant, encore peu de recherches l'ont utilisé pour analyser les relations public-privé. Or, Bossy et Briatte proposaient, en 2011, en conclusion d'un numéro spécial de la *Revue Internationale de Politique Comparée* consacré à la biopolitique cette nouvelle piste de recherche encore peu exploitée : « La coopération entre acteurs publics et privés dans la mise en place de dispositifs biopolitiques mériterait aussi une attention supplémentaire à l'avenir, étant donné l'influence des partenariats observés dans le domaine de la santé publique » (Bossy et Briatte 2012, 12).

C'est dans cette démarche que cette recherche s'inscrit.

J'appréhenderai ici la biopolitique comme un cadre conceptuel, ou comme une « hypothèse d'arrière plan », sans se substituer à d'autres modèles explicatifs (Bossy et Briatte 2012). Je me servirai donc, pour appuyer ma démarche, d'outils propres à la sociologie de l'action publique afin d'analyser la ré-articulation des acteurs publics et privés au sein de l'action publique de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire, suscitée par la politisation des entreprises privées, conduisant à leur « dé-différenciation ». Je mobiliserai, au fil de ma démonstration, les différentes notions ou concepts qui me permettront de répondre aux questions posées par chaque chapitre.

Conclusion chapitre 1

Dans ce chapitre, j'ai montré que la participation des entreprises privées à l'action publique transnationale de lutte contre le VIH/sida était à la fois marquée par des logiques exogènes (privatisation des politiques publiques et dé-différenciation des acteurs) et endogènes (préservation de la santé de la force de travail). Pour autant, le « référentiel global de marché » tend à voiler les différentes dynamiques qui sont à l'œuvre dans ce double phénomène de privatisation des politiques publiques et de publicisation des acteurs privés. En effet, l'implication des entreprises privées au sein des partenariats public-privé de santé internationale (PPPSI), leur engagement dans des stratégies dites de « responsabilité sociale des entreprises » (RSE) ou leur réponse faite au VIH/sida répondent à des rationalités profondément hétérogènes. Tout d'abord, les types d'acteurs en présence font à la fois référence aux firmes pharmaceutiques, fondations privées, firmes multinationales ou entreprises implantées localement. Ensuite, les intérêts des entreprises à intervenir dans le domaine de la santé varient entre intérêts commerciaux directs, intérêts à préserver la santé de leurs employés, intérêts symboliques ou intérêts sociaux. Enfin, leurs modalités de participation aux actions publiques de santé mondiale s'étendent d'une participation aux arènes d'élaboration des politiques publiques, à la contraction de partenariats public-privé ou à l'adhésion volontaire à des processus d'auto-régulation. Tandis que la gouvernance de la santé globale implique des configurations d'acteurs en présence diversifiées, ce cadre cognitif tend à les homogénéiser.

Par ailleurs, ces différentes dynamiques ne sont pas imperméables les unes aux autres. Au contraire, dans le contexte spécifique de l'action publique de lutte contre le VIH/sida en contexte africain, l'implication du secteur privé a répondu à une double dynamique. A son origine, les entreprises privées ont répondu au VIH/sida parce qu'il constituait une menace directe, selon une dynamique endogène et intégrée à leur gestion des ressources humaines. Dans ce contexte, elles ont pu jouer le rôle de « modèle » dans l'accélération de l'accès aux ARV. Par la suite, dans le contexte d'une action publique caractérisée par son extraversion, des injonctions internationales exogènes ont promu des cadres de politiques participatives et multisectorielles, incluant le secteur privé. Dès lors se posent une série de questions :

Comment cette rencontre s'est-elle manifestée dans la pratique ? Quels sont les acteurs qui ont réellement eu intérêt à ce que le secteur privé intègre l'action publique de lutte contre le VIH/sida ? Et selon quels intérêts (politiques, santé publique, économiques) ? Quels ont été les effets de cette politisation d'un secteur privé traditionnellement autonome ? Dans quelle mesure est-il possible pour des entreprises privées de jouer le rôle de « modèle » dans la promotion de la santé publique, dans un contexte où elles sont relayées par une forte intervention humanitaire internationale ? Quelles sont les contradictions entre une rhétorique promouvant la privatisation de l'action publique et celle défendant la publicisation des acteurs privés ? Je m'attacherai donc à répondre à cet ensemble de questions et à analyser les paradoxes de cette publicisation des entreprises privées.

Je présenterai dans le chapitre suivant la méthodologie qui m'a permis de conduire l'analyse de ces différentes questions de recherche.

Chapitre 2. Méthodologie

Je propose ici de présenter de manière détaillée la méthodologie que j'ai adoptée afin de mener à bien cette recherche. Dans un premier temps, j'exposerai la démarche de mon enquête de terrain en Côte d'Ivoire (objet d'étude, choix de l'échantillon, acteurs rencontrés, modalités d'accès au terrain et limites). Dans un second temps, je définirai les fondements de ma démarche comparative avec le Cameroun.

1. Enquête de terrain en Côte d'Ivoire

Une enquête de terrain, suivant une méthodologie qualitative a été menée en Côte d'Ivoire pendant 12 mois, au cours de trois missions effectuées entre 2011 et 2013 (17 octobre - 13 novembre 2011, 12 février - 18 mai 2012, et 23 octobre 2012 - 13 mai 2013).

1.1. D'une « catégorie vague » à une connaissance approfondie des pratiques des entreprises privées

Le « secteur privé » : une « catégorie vague et vaste »

Un des premiers objectifs de cette recherche a été de *décrire* les pratiques des grandes entreprises en matière de VIH/sida, dans la mesure où elles restaient largement méconnues, en dehors de la publication de quelques rapports de « bonnes pratiques » (Kerouedan 2004; Codjo, Assi et Behibro 2005; MLS et MSHP Côte d'Ivoire 2007). En effet, les entreprises privées apparaissent généralement dans la littérature grise internationale comme une catégorie « vaste et vague » (Fall et Vidal 2006, 247), c'est-à-dire une catégorie qui se présente comme une entité homogène, alors qu'elle recouvre des expériences extrêmement diverses. Il n'est pas rare de lire, au sein de plans stratégiques, programmes, directives ou déclarations, des affirmations telles que « la réponse du secteur privé face au sida reste faible » (CNLS Côte d'Ivoire 2006, 37), sans que l'hétérogénéité du « secteur privé » ne soit explicitée. Cette catégorie est pourtant extrêmement large, puisqu'elle regroupe un ensemble d'acteurs (grandes entreprises privées formelles, les petites et moyennes entreprises (PME), le secteur informel, ou encore le secteur

médical privé) pour lesquels l'impact et les réponses adressées au VIH/sida sont profondément diversifiées.

Par ailleurs, la littérature en sciences sociales disponible se trouve essentiellement focalisée sur l'Afrique anglophone et australe, dont les contextes divergent sur deux points essentiels pour mon travail : d'un côté sur l'organisation des systèmes de santé hérités des modèles coloniaux français et anglais et de l'autre sur la différence des contextes épidémiques, opposant une hyper-endémie en Afrique australe (taux supérieurs à 15%) à une épidémie généralisée⁶⁹ en Côte d'Ivoire. Les études de Laurent Aventin révélant les pratiques courantes de dépistage discriminatoire des entreprises privées constituaient également un point d'ancrage à l'analyse des évolutions de l'enjeu du VIH/sida au sein des entreprises privées (Aventin 1996a).

D'un « révélateur social » à l'autre

Les sciences sociales ont traditionnellement appréhendé le VIH/sida comme un « révélateur » et un « transformateur » social⁷⁰ (Benoist et Desclaux 1996; Dozon et Vidal 1993; Becker et al. 1999; Thiaudière 2002; Eboko 2005c). Cette maladie a permis de mettre au jour les relations des patients à l'institution médicale (Fassin 1996; Vidal 1996), les (dys)fonctionnements des systèmes de santé (Benoist et Desclaux 1996), les conditions économiques et sociales de certains groupes particulièrement vulnérables face à l'épidémie tels que les homosexuels (Pollak 1988; Pinell 2002), les femmes (Desgrées du Loû 2000; Vidal 2000), ou les migrants (Hily, Costa-Lascoux et Fassin 2001), l'organisation des systèmes politiques (Fassin 2004) ou les inégalités structurelles entre le Nord et le Sud (Eboko 2005c). La mobilisation massive autour du VIH/sida a, à son tour, conduit à réformer le système (Raynaut 2001; Kerouedan et Eboko 1999).

Il s'agit ici d'effectuer un renversement de perspective en appréhendant, non plus le VIH/sida, mais l'entreprise privée comme un « révélateur social et politique », en raison de leur originalité, de leurs différences, voire de leur marginalité. Je précise que je ne conçois pas le VIH/sida comme un révélateur du fonctionnement de l'entreprise, ce qui m'inscrirait dans une

⁶⁹ Une épidémie est dite généralisée, lorsque la prévalence du VIH est supérieure à 1% d'une population générale adulte (15-49 ans) donnée.

⁷⁰ L'expression « révélateur social » a été créée par Daniel Defert, le fondateur de l'association Aides, pour ensuite être reprise dans de nombreux travaux de sciences sociales.

démarche propre à la sociologie des organisations, mais comme le révélateur de l'action publique de lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne.

Ainsi, tel que je l'ai souligné au cours de l'introduction, je situe l'originalité des entreprises privées sur trois niveaux. Premièrement, il s'agit d'acteurs qui évoluent à distance des mobilisations collectives nationales. Pour les entreprises privées, la gestion du VIH/sida n'est qu'une *activité marginale* et périphérique par rapport à ce qu'il est convenu de nommer leur « cœur de métier ». Ce dernier suit une rationalité propre à l'économie politique » et non à l'« économie morale » (Fassin 2009). Deuxièmement, les entreprises privées sont des acteurs privés à *but lucratif* qui constituent l'un des rares acteurs mobilisés dans le VIH/sida disposant de *ressources financières autonomes*, dans un contexte de forte dépendance à l'aide internationale. Troisièmement, les entreprises privées constituent un milieu fermé (*lieu de captivité*), où la sphère privée (santé, vie sexuelle et reproductive des individus) se trouve intégrée, *via* le suivi médical, au monde professionnel (*lieu de fusion*). Elles représentent des lieux marqués par des rapports hiérarchiques forts et explicites (*lieu de coercition*). Il s'agit également d'un espace où les individus bénéficient des conditions économiques, sociales et médicales privilégiées, par rapport à l'ensemble de la population (*lieu de privilèges*).

Les entreprises privées se présentent comme des « microscènes ». Il s'agit de *modèles*, qui ne sont pas représentatifs de la société, mais qui se posent à la fois comme des *exemples* dans la lutte contre le VIH/sida, et comme des *révélateurs* du VIH/sida et de son organisation politique.

1.2. Une enquête auprès de grandes entreprises privées

Choix de l'échantillon

La recherche de la représentativité statistique n'a pas été une approche jugée pertinente pour mon étude : l'objectif était plutôt de rendre compte de l'éventail des stratégies, des modes d'organisation et des enjeux relatifs au VIH/sida au sein des grandes entreprises privées. La méthode de la saturation, qui « *vise ainsi à décrire l'espace des possibles dans un espace-temps donné, sur un "problème" donné* » (Olivier de Sardan 2003, 47), a donc été choisie et le choix des entreprises privées enquêtées a été effectué afin de rendre compte de la diversité des types d'entreprises.

J'ai cherché à représenter des entreprises aux caractéristiques variées, selon différentes variables : leur secteur d'activité (primaire, secondaire ou tertiaire⁷¹), leur statut (firmes multinationales (FMN), anciennes entreprises publiques/parapubliques privatisées)⁷² (cf. graphique 2), ainsi que leur historique dans le VIH/sida (pionnières et plus récentes). D'autres critères sont rentrés ligne de compte, tels que l'implantation rurale ou urbaine de l'entreprise, le nombre de ses employés, ainsi que son organisation spatiale (concentrée sur un site ou disséminées sur le territoire), la composition de ses employés en termes de qualification ou le chiffre d'affaire de l'entreprise. Ces critères sont estimés importants, dans la mesure où ils pourraient influencer les intérêts poursuivis par les entreprises dans la mise en place de programmes VIH/sida, ainsi que les modalités de leur mise en œuvre. Cependant, il s'agit de critères secondaires, dans la mesure où ils sont intimement corrélés aux premiers. L'implantation géographique (rural/urbain), l'organisation spatiale et la taille des entreprises sont en effet corrélées au secteur d'activité de l'entreprise. Au cours de ma recherche, j'ai d'abord approché des entreprises privées qui étaient connues publiquement ou qui m'ont été recommandées pour leurs activités VIH/sida. J'ai par la suite cherché à contacter des entreprises qui étaient moins érigées en modèles de « bonnes pratiques ». Ainsi, le niveau de développement des activités concernant le VIH/sida des entreprises de mon échantillon se trouve diversifié. Cependant, aucune entreprise privée n'ayant impulsé aucune activité n'y a été intégrée.

En définitive, l'échantillon de ce travail est constitué de 30 grandes entreprises privées. Le Graphique 1 présente les entreprises privées en fonction de leur secteur d'activité, avec 7 entreprises appartenant au secteur primaire, 15 au secteur secondaire et 8 au secteur tertiaire⁷³ ; Le Graphique 2 expose les entreprises privées en fonction de leur statut, avec 14 entreprises multinationales, 14 « mixtes » (c'est-à-dire des anciennes entreprises parapubliques ou sociétés d'État qui ont ouvert leur capital, notamment à des investisseurs étrangers) et 2 autres. Le

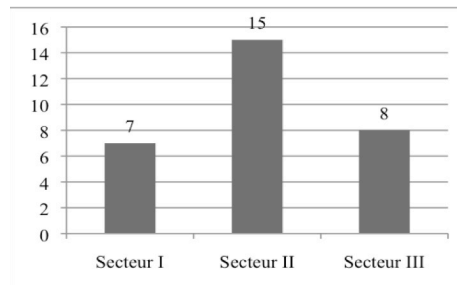
⁷¹ Selon l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), le secteur primaire (I) regroupe l'ensemble des activités dont la finalité consiste en une exploitation des ressources naturelles (agriculture, pêche, forêts, mines, gisements) ; le secteur secondaire (II) regroupe l'ensemble des activités consistant en une transformation plus ou moins élaborée des matières premières (industries manufacturières, construction) ; et le secteur tertiaire (III) recouvre un vaste champ d'activités qui va du commerce à l'administration, en passant par les transports, les activités financières et immobilières, les services aux entreprises et services aux particuliers, l'éducation, la santé et l'action sociale.

⁷² Il n'était pas possible de différencier les entreprises internationales et nationales, dans la mesure où les entreprises privées de Côte d'Ivoire sont fortement internationalisées. La distinction entre les entreprises multinationales et les anciennes entreprises publiques/parapubliques privatisées permet de renseigner sur l'historicité d'implantation, bien que la frontière entre ces catégories soit de plus en plus poreuse, avec par exemple des cas d'entreprises publiques rachetées entièrement par des firmes multinationales.

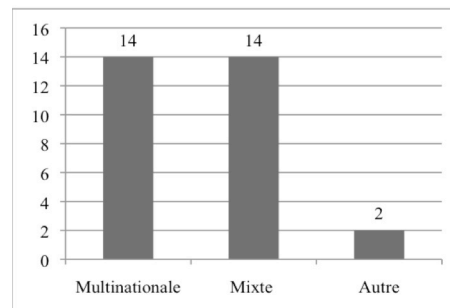
⁷³ A noter que deux entreprises qui exercent des activités à la fois dans le secteur II et III ont été incluses dans le secteur II, dans la mesure où les activités sont à majorité effectuées dans le domaine industriel.

Graphique 3 montre les variations des effectifs des entreprises enquêtées, s'échelonnant de 40 à 6100 employés⁷⁴.

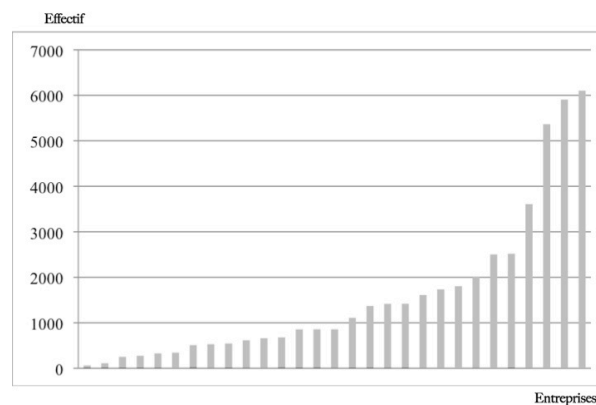
Graphique 1 Entreprises enquêtées selon leur secteur d'activités



Graphique 2 Entreprises enquêtées selon leur statut



Graphique 3 Entreprises enquêtées selon leur effectif



⁷⁴ Ce graphique n'a pas inclus le cas très spécifique de l'entreprise n°3, qui représente un groupe d'entreprises et qui emploie 25.000 employés, mais de manière indirecte.

Pour des raisons de confidentialité, j'ai choisi de ne pas mentionner le nom des entreprises dans cette présente recherche, à l'exception des informations qui sont diffusées dans l'espace public. En effet, dans la mesure où je ne souhaite pas dénoncer, valoriser, stigmatiser ou pointer du doigt des entreprises de manière particulière mais analyser des phénomènes de manière plus large dont elles sont les acteurs (décalages entre discours et pratiques, dysfonctionnements et paradoxes des programmes), je souhaite conserver une anonymisation de principe. Ainsi, même si certaines entreprises pourront être relativement reconnaissables pour un lecteur averti, je veillerai à ne jamais donner d'informations trop sensibles qui pourraient nuire à leur réputation ou constituer un motif de publicité négative ou positive.

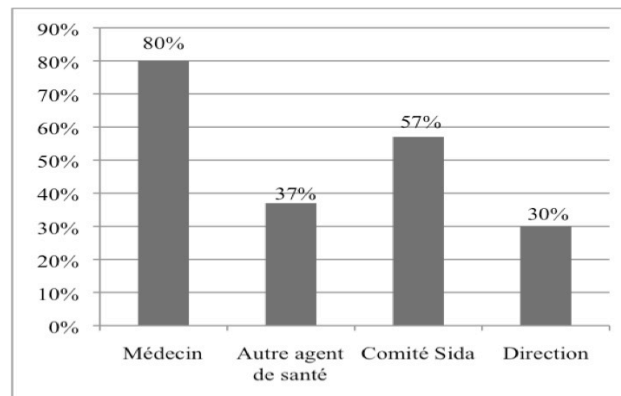
Les entreprises privées sont numérotées de 1 à 30. J'ai choisi d'attribuer le numéro des entreprises, en fonction de leur secteur d'activité, dans la mesure où celui-ci représente une variable particulièrement importante. En effet, celle-ci permet notamment d'établir la distinction entre le secteur agricole (I) implanté en zone rurale et les secteurs industriel (II) et des services (III) essentiellement situés en zone urbaine. Les entreprises 1 à 7 représentent les entreprises du secteur d'activité agricole (I) ; les entreprises 8 à 22, celles du secteur industriel (II) ; et les entreprises 23 à 30, celles du secteur des services (III). Je précise que deux autres institutions seront mentionnées dans cette recherche (n°31 et n°32), sans faire partie de l'échantillon⁷⁵.

Acteurs interrogés au sein des entreprises privées

Le Graphique 4 présente les types d'acteurs qui ont été interrogés au sein des entreprises, principalement : le personnel médical, d'autres agents de santé, le responsable du comité sida ou le directeur des ressources humaines. Il s'agit des acteurs qui ont fait l'objet d'un entretien formalisé (la plupart du temps enregistré, sauf en cas d'opposition où j'ai alors effectué une prise de note). La lecture du graphique se fait comme suit : par exemple, dans 80% des entreprises enquêtées, des médecins ont été interrogés⁷⁶.

⁷⁵ Il s'agit d'une institution publique, ainsi que d'une entreprise dont j'ai observé une campagne de dépistage du VIH, sans interroger les acteurs impliqués au sein des activités VIH/sida.

⁷⁶ L'approche relative a été préférée à une approche en valeur absolue, dans la mesure où plusieurs types d'acteurs ont pu être interrogés au sein de la même entreprise, et que certains acteurs peuvent remplir deux fonctions (par exemple, il est fréquent des médecins soient également responsables du comité sida). 4, 6, 7, 11 et 14).

Graphique 4 Acteurs enquêtés au sein des entreprises privées

J'ai également sollicité la documentation qu'ils avaient à disposition concernant leurs activités VIH/sida, lorsque celle-ci était disponible : bilans et rapports d'activités, charte et politique VIH/sida de l'entreprise, budgets VIH/sida, composition des comités sida, supports de communication, plaquettes de présentation de l'entreprise, etc.

J'ai effectué des études de cas plus approfondies pour cinq entreprises privées (n°4, 6, 7 11 et 14), dont les modalités d'enquête sont détaillées dans le Tableau 1 (cf. infra). Au départ, je souhaitais choisir des entreprises privées de chaque secteur d'activités. Cependant, au cours de mon enquête, la problématique des entreprises implantées en zone rurale m'est apparue particulièrement féconde au regard de mes questions de recherche. J'ai donc choisi de privilégier les études de cas du secteur agricole, en effectuant des séjours de courte durée (entre trois et cinq jours) au sein du site de trois d'entre elles (n°4, 6 et 7). En zone urbaine, j'ai choisi deux entreprises du secteur industriel, suite à plusieurs refus d'entreprises du secteur des services. Au sein de l'entreprise n°14, j'ai privilégié une étude ethnographique de l'infirmierie de l'entreprise, concentrée sur une semaine. Au sein de l'entreprise n°11, j'ai favorisé le suivi des activités organisées par le comité sida de l'entreprise, étendue sur plusieurs mois, à Abidjan, et au sein de différentes Directions régionales (Yamoussoukro, Korogho et Bouaké).

Il est également important de souligner le fait qu'au sein des différentes entreprises, le nombre et le type d'acteurs rencontrés ont été variables, suivant l'organisation des activités VIH/sida, ainsi que de leur disponibilité. Le Tableau 1 présente le recueil détaillé des données de mes enquêtes dans les entreprises privées de Côte d'Ivoire.

Tableau 1 Recueil des données au sein des entreprises privées en Côte d'Ivoire

Entreprise	Caractéristiques entreprises		ACTEURS INTERROGÉS					Informations complémentaires
	Effectif	Statut	Médecin	Autre personnel soignant	Comité Sida	DRH	Autres	
Secteur I								
1	6100	Mixte*	Oui	Oui	-	-		1 journée sur le site de l'entreprise, avec observation de la visite médicale annuelle
2	1800	Mixte	Oui	-	-	-	-	-
3	25000	FMN ^{**}	Oui	-	-	-	Responsable DD ^{***}	-
4	5360	Mixte	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Etude approfondie sur site rural (3 jours). Entretiens avec personnel soignant du site (médecin, assistante sociale (point focal Sida), responsable du laboratoire, infirmiers) + délégués du personnel (2) + DRH + DG + président de l'association des villages de déplacés + 3 employés infectés par le VIH Observation d'une réunion d'employés vivant avec le VIH
5	2500	Mixte	Oui	-	-	-	-	-
6	5900	FMN	Oui (3)	Oui	Oui	Oui	Oui	Etude approfondie sur site rural (5 jours). Entretiens avec : personnel soignant du site (médecin, infirmiers, aides soignants, sage femme) + délégués du personnel (2) + employé vivant avec le VIH (1) et femmes d'employés vivant avec le VIH (2) + personnel médical d'une structure de santé extérieure Observations : consultations médicales du médecin et de l'infirmier, séance de vaccination, fête annuelle de l'entreprise, réunion avec des « chefs de village » et réunion avec les délégués du personnel) + Complété par des entretiens auprès du centre médical central à Abidjan (2 médecins, comité sida)

* Il s'agit d'anciennes entreprises parapubliques ou sociétés d'État qui ont ouvert leur capital, notamment à des investisseurs étrangers et qui sont constituées aujourd'hui d'un capital mixte (national et étranger)

** Firme multinationale

*** Développement durable

	Caractéristiques entreprises		ACTEURS INTERROGÉS					
Entreprise	Effectif	Statut	Médecin	Autre personnel soignant	Comité Sida	DRH	Autres	Informations complémentaires
7	335	Mixte	Oui	Oui	Oui	-	-	Etude approfondie sur site rural (4 jours). Entretien avec : chef du personnel, responsable de l'action sociale, infirmier de l'entreprise + personnel médical d'un centre de santé extérieur + 6 employés + observation d'une séance de formation de pairs éducateurs (projet Fonds Mondial) + observation d'une réunion du conseil municipal
Secteur II								
8	1727	Mixte	Oui	-	-	-	Chef affaires sociales	<i>Entretien collectif avec 3 médecins du centre médical de l'entreprise + observation d'une campagne de dépistage extérieure</i>
9	3600	Mixte	Oui	-	-	Oui	Directeur des prestations sociales	-
10	650	Autre	Oui	Oui	Oui	-	-	-
11	1600	Mixte	Oui	-	Oui	Oui	Oui	Etude approfondie (« extensive »). Entretien avec le personnel médical (2 médecins), DRH, ancien directeur général des opérations (DGO), suivi des activités du comité sida, observation de 4 campagnes de dépistage (Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké, Korogho), des visites médicales annuelles, participation à la fête annuelle de l'entreprise, observation des consultations du médecin d'entreprise (1 journée)
12	518	FMN	Oui	-	Oui	-	-	-
13	2000	FMN	Oui	-	-	-	-	-
14	843	FMN	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Etude approfondie (5 jours). Entretien avec infirmier (également responsable du comité sida), médecin vacataire, DRH, association des femmes de l'entreprise + observation ethnographique de l'infirmier durant une semaine, observation d'une séance de sensibilisation VIH
15	600	Mixte	Oui	-	-	-	-	-

Entreprise	Caractéristiques entreprises		ACTEURS INTERROGÉS					Informations complémentaires
	Effectif	Statut	Médecin	Autre personnel soignant	Comité Sida	DRH	Autres	
16	1400	FMN	Oui	-	Oui	-	-	-
17	310	FMN	Oui	-	Oui	-	-	Observation d'une campagne de dépistage
18	1400	Autre	Oui	Oui	Oui	Oui	-	Participation à une journée de Noël pour les enfants avec sensibilisation au VIH
19	92	FMN	Oui	Oui		Oui	-	-
20	2500	Mixte	Oui				-	-
21	40	FMN	-	-	-	-	Responsable SST****	-
22	230	FMN	Oui	Oui	Oui	-	-	Entretien collectif (médecin, secrétaire générale du comité santé, infirmier, délégué du personnel, membre du comité santé)
Secteur III								
23	1085	FMN	-	-	Oui	-	-	-
24	521	FMN	-	-	Oui	-	-	-
25	250	Mixte	-	Oui	-	Oui	-	-
26	830	FMN	Oui	-	Oui	-	-	-
27	1343	Mixte	Oui	Oui	Oui	-	-	-
28	830	Mixte	-	-	Oui	Oui	-	-
29	650	FMN	Oui	-	-	-	-	-
30	480	Mixte	-	-	Oui	-	-	-

**** Responsable santé et sécurité au travail, environnement et relation avec les communautés.

Thèmes abordés

J'ai abordé, à l'aide de guides d'entretiens semi-directifs, différents thèmes, à savoir : l'origine des programmes, leur organisation (activités, financements, ressources humaines mobilisées, partenariats extérieurs, production des statistiques, difficultés rencontrées), la perception et les pratiques liées au VIH/sida dans l'entreprise (stigmatisation et discrimination), le système médical des entreprises (assurances santé, partenariats avec des structures de santé extérieures, rôle et positionnement du médecin dans l'entreprise, confidentialité) et la collaboration avec les acteurs extérieurs (État, ONG, associations, coalition d'entreprise, etc.). L'organisation de mes enquêtes de terrain fractionnées sur plusieurs missions a favorisé une démarche itérative, prenant en compte l'évolution de ma problématique et de mes questionnements.

1.3. L'accès aux entreprises privées

Les différentes manières dont je suis entrée en contact avec les entreprises privées se sont révélées particulièrement riches d'un point de vue analytique. J'ai d'abord été introduite auprès des entreprises par la médiation privilégiée du Professeur Serge Eholié du service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT) et de son regretté maître assistant, Ismaël Ouattara, décédé au cours de l'enquête. Ce « sésame » du « maître », comme il se fait appeler dans le milieu, m'a insérée dans le réseau de nombreuses entreprises, notamment les pionnières dans le VIH/sida. Un médecin d'une entreprise m'a accueilli en me confiant : « Serge Eholié m'a appelé et ce n'est pas souvent qu'il m'appelle. Je ne pouvais pas ne pas te recevoir, c'est un aîné », en complétant : « c'est un maître, en tant qu'enseignant de médecine déjà, en tant que médecin. Tous nos professeurs de médecine sont nos maîtres ». Mon positionnement de chercheuse a également pu favoriser mon accès auprès d'entreprises multinationales, qui faisaient par ailleurs, l'objet de critiques de la part d'ONG à propos des conséquences sociales de leurs activités sur les conditions de vie des populations locales. Par exemple, dans l'entreprise agro-industrielle n°4, j'ai formulé une demande d'autorisation de recherche au même moment où une militante d'une ONG française effectuait des enquêtes auprès des communautés avoisinantes de l'entreprise, ayant abouti à son expulsion ordonnée par le Directeur Général. Ma collaboration formalisée avec le Pr Eholié, ainsi que ma qualité « d'intellectuelle » (par opposition à des activistes perçus comme « idéologisés ») m'ont été

présentées comme les éléments qui ont justifié l'accord de ces responsables au sein des entreprises qui m'ont accueillie.

Par ailleurs, afin d'éviter le biais de l'« enclichage » (Olivier de Sardan 2003, 49), j'ai cherché à varier les modalités d'accès aux entreprises, pour diversifier les types d'entreprises, le type d'interlocuteurs interrogés et parer au risque d'enfermement dans des réseaux spécifiques. D'autres institutions et acteurs m'ont ainsi favorisé l'accès aux entreprises : le Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan (CIRBA, un centre médical semi-privé), la Coalition des entreprises de lutte contre le VIH/sida (CECI), ou bien des contacts personnels et/ou indépendants de ces réseaux. Ces différents intermédiaires m'ont permis alternativement l'accès aux acteurs médicaux, aux responsables des comités sida, aux directeurs des ressources humaines ou aux autres employés impliqués dans le VIH/sida au sein des entreprises. De fortes lignes de clivage ont ainsi émergé, opposant notamment les réseaux médicaux et non médicaux. Les demandes d'entretiens et d'informations n'ont pas fait l'objet systématique de demandes officielles : seulement certaines entreprises les ont exigées. Lorsque le cas s'est présenté, j'ai ainsi adressé des lettres formelles, avec l'appui du Pr Eholié (cf. annexe).

Dans un contexte fortement marqué par la domination hiérarchique des cadres venus de pays occidentaux au sein des entreprises privées et de la lutte contre le VIH/sida, ma position de femme occidentale a certainement favorisé mon accès à ce milieu. Je n'étais pas tant associée à une démarche scientifique suspecte (Fassin et Dozon 1989), ou à un audit privé comme il en est effectué dans le cadre des démarches de certification, qu'à un relais possible de leurs « bonnes pratiques », voire à un partenaire ou un bailleur de fonds éventuel. Afin de faciliter mon accès, j'ai présenté mon étude comme une enquête de « bonnes pratiques », écartant l'appellation inintelligible des sciences sociales des « études de cas ».

1.4. Limites des données

Une information sous contrôle

Si l'enquête au sein d'une institution hospitalière présente de nombreux défis méthodologiques, notamment dans le contrôle de l'accès aux patients (Chabrol 2012; Petryna 2009), l'entreprise constitue un challenge majeur du contrôle de l'information et de la maîtrise

de la communication. Les acteurs rencontrés m'ont délivré de nombreuses informations, tout en veillant à ne pas divulguer celles qui auraient pu nuire à leur structure. Mon engagement personnel à respecter la confidentialité, ainsi que la protection de certains intermédiaires n'étaient pas suffisants pour instaurer une réelle confiance, surtout dans le cadre d'entretiens formels. Par exemple, il m'a été souvent évoqué de manière informelle que des fraudes à l'assurance étaient des pratiques courantes dans le milieu, sans que je ne puisse en obtenir des preuves formelles. Certains refus de la part d'entreprises ont été des révélateurs des limites de ma démarche et de ma capacité à accéder à certaines informations. Par exemple, une entreprise que j'avais contactée lors de ma mission exploratoire en octobre-novembre 2011 m'avait accordé, à cette époque, plusieurs entretiens au cours desquels elle m'avait renseigné de manière détaillée sur leurs programmes, leurs statistiques ainsi que le profil des patients suivis. Elle m'avait également fournie une documentation étayée (Politique VIH/sida, Charte VIH/sida, budget du comité, bilans et rapports d'activités, etc.). En janvier 2013, j'ai de nouveau contacté cette structure, afin d'obtenir une autorisation pour y effectuer une recherche plus approfondie, et notamment de me laisser accéder à leur documentation en lien avec l'étude, ainsi que de me permettre d'observer leur centre médical durant une semaine. L'entreprise m'a fait part de son refus, malgré la tentative de négociation directe que j'ai tentée auprès du directeur des ressources humaines, en faisant appel à une connaissance personnelle interposée. Le médecin de l'entreprise me confiera plus tard que non seulement leurs activités VIH/sida avaient largement décliné depuis l'année passée, mais que surtout, l'examen détaillé de leurs activités médicales était apparu suspicieuse.

Données écrites et orales

Le fait que la présente recherche soit basée essentiellement sur des données déclaratives constitue également une des limites de ce travail, bien que ce constat soit une donnée en soi. En effet, rares sont les entreprises qui produisent des rapports, révélant une faible formalisation de leurs programmes. Certaines entreprises ont également refusé de communiquer des données, invoquant la protection de la confidentialité. Dans un système faiblement contrôlé par des acteurs extérieurs (acteurs étatiques ou audits externes), la fiabilité des données transmises ne peut donc être assurée. Afin de contourner ce biais, deux types de stratégies ont été mises en place : d'un côté, l'application de la méthode de la triangulation au sein même des entreprises et, notamment, par des échanges auprès d'acteurs

de l'entreprise moins impliqués dans les programmes (employés, personnel soignant), ainsi que d'acteurs extérieurs ou privilégiés (experts, associations), ou par le recoupement des informations en comparant les déclarations des entreprises elles-mêmes. D'un autre côté, ma longue immersion en Côte d'Ivoire m'a donné l'opportunité de développer des relations amicales et informelles avec un ensemble d'acteurs (et informateurs) impliqués sur cette problématique. Cependant, dans la mesure où l'objectif est davantage de comprendre les normes, pratiques et représentations liées au VIH/sida, plutôt que d'évaluer l'efficacité des programmes des entreprises, ce biais, bien qu'il doive être attentivement pris en compte, n'est pas un obstacle majeur à la solidité des données recueillies.

1.5. Le VIH/sida : entre « confort » et « inconfort » ethnographique

Au cours des années 1990, les enquêtes portant sur le VIH/sida suscitaient un certain « inconfort ethnographique » de la part des chercheurs, lié à leur contact prolongé avec la souffrance, l'inéluctabilité de la mort dans un contexte d'absence de traitements, à leur impuissance et à leurs dilemmes éthiques face à des non dits du personnel médical (Gruénais 1995). Cet inconfort s'est notamment manifesté pour Laurent Aventin, dans le cadre de ses recherches portant sur les pratiques discriminatoires des entreprises privées. Or, au cours de mes enquêtes, j'ai été confrontée à un certain retour du « confort ethnographique », dont parlait initialement Jean-Pierre Dozon pour désigner le confort (et le risque) de l'ethnologue lorsqu'il enquête sur des objets de recherche « classiques » tels que le culte et la représentation de la maladie (Dozon 1997). Les discours des acteurs ont pu apparaître comme formatés par l'usage des « bonnes pratiques ». Ce revirement témoigne d'une relative « normalisation » et d'une conformation discursive (David 2013) du VIH/sida au Sud (Rosenbrock et al. 2000). Cet objet de recherche deviendrait un objet « classique » des sciences sociales et dont les discours relèvent d'une standardisation transnationalisée.

Afin d'aller au-delà de cette maîtrise discursive, j'ai décidé d'approfondir une question qui a émergé au fil de mes entretiens et dont les propos me semblaient moins rodés : à savoir, celle de la prévention et de la prise en charge de l'hépatite virale B. Ma participation au projet DOD-CI (Demande et offre du dépistage et des hépatites virales en Côte d'Ivoire), en collaboration avec l'équipe de PAC-CI, a ainsi favorisé ma capacité à aborder cet enjeu auprès des entreprises. L'enquête exploratoire de l'anthropologue Catherine Enel, portant sur

cette question totalement méconnue des scientifiques et des acteurs de terrain, a coïncidé avec mes enquêtes de terrain et appuyé cette démarche (Enel 2013).

1.6. Les institutions, acteurs et activités extérieures

J'ai complété ces enquêtes auprès des entreprises privées par des entretiens auprès d'acteurs impliqués dans cette problématique (organisations gouvernementales, organisations internationales bi et multilatérales, ONG, associations, coalitions d'entreprises, syndicats, structures de santé publiques et privées, experts nationaux et internationaux) (cf. Tableau 2), par l'observation de campagnes de dépistage organisées par le Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan (CIRBA) et par la participation à des journées scientifiques, forums, ateliers et réunions.

Tableau 2 Liste des institutions extérieures enquêtées en Côte d'Ivoire

ORGANISATIONS GOUVERNEMENTALES	Programme national de prise en charge du VIH/sida (PNPEC/MSLS ⁷⁷)
	Direction du secteur privé et de la société civile (DSPSC/MSLS)
	Direction de la planification, du suivi et de l'évaluation (DPSE/MSLS)
	Programme national de lutte contre les hépatites virales (PNLHV)
	Direction de la santé et sécurité au travail (DSST)
	Institut national de l'hygiène public (INHP)
ORGANISATIONS DE COOPERATION INTERNATIONALE	Bureau international du travail (BIT)
	Onusida
	Esther (coopération française)
	Banque mondiale
	<i>Country coopération mechanism</i> (CCM) du Fonds mondial
	Unicef
ONG	Aconda – VS
	<i>Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation</i> (EGPAF/Ariel)
	<i>Family Health International</i> (FHI)
	Alliance – CI
ASSOCIATIONS	Réseau ivoirien des personnes vivant avec le VIH (RIP+)
	Ruban rouge
	Amepouh
	Lumière et action
COALITIONS D'ENTREPRISES - SYNDICATS	Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire contre le VIH/sida (CECI)
	Fédération ivoirienne des petites et moyennes entreprises (FI-PME)
	<i>Pan-African Business Coalition on HIV/AIDS</i> (PABC)

⁷⁷ Ministère de la santé et de la lutte contre le VIH/sida.

	Union générale des travailleurs de Côte d'Ivoire (UGTCI)
	Sida entreprises
STRUCTURES DE SANTE	Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT)
	Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan (Cirba)
	Centre médical interentreprises (CMI)
	Centre national de transfusion sanguine (CNTS)
	Centre de prise en charge de recherche et de formation (Cepref)
	Département de médecine du travail du CHU de Yopougon
	Clinique des Manguiers
AUTRES	Fonds de développement de la formation professionnelle (FDFP)
	Compagnie d'assurances Gras Savoye
	Laboratoire pharmaceutique Roche
	Côte d'Ivoire normalisation (Codinorm)
	Société ivoirienne en médecine du travail (SIMT)

Enfin, j'ai conduit des entretiens auprès d'employés (ou ex-employés) infectés par le VIH/sida (23 au total) que j'ai recruté *via* des structures de santé (le SMIT et le Cepref) ou par l'intermédiaire de certains médecins d'entreprises (cf. Tableau 3).

Tableau 3 Employés vivant avec le VIH/sida interrogés

Structure intermédiaire de recrutement	H/F	STATUT
SMIT	H	Actif
	H	Actif
	F	Licenciée
	H	Retraité
	H	Actif
	H	Retraité
	H	Licencié
	H	Retraité
	H	Actif
	H	Licencié
	H	Actif
	H	Actif
CEPREF	H	Retraité
	H	Actif
	H	Actif
	H	Licencié
	H	Licencié
ENTREPRISE 6	H	Actif
	F	Conjointe d'employé
	F	Conjointe d'employé
ENTREPRISE 4	H	Actif
	H	Actif
	H	Actif

2. Une comparaison asymétrique avec le Cameroun

2.1. Vers une approche comparative

Ma recherche sur la Côte d'Ivoire a évolué vers une approche comparative avec le Cameroun. Si des raisons circonstancielles ont d'abord influencé ce choix, des considérations scientifiques l'ont ensuite conforté et appuyé. En effet, mon contrat d'allocation pré-doctorale de l'ANRS a débuté le 1^{er} avril 2011, soit, au lendemain du début de la « bataille d'Abidjan », c'est-à-dire du jour où les Forces républicaines de Côte d'Ivoire (FRCI) sont entrées dans Abidjan, amorçant une intense période de combats armés et menant à l'arrestation de Laurent Gbagbo dix jours plus tard. Alors que mon projet de recherche avait été élaboré à partir du contexte ivoirien, ces circonstances m'ont conduite à réorienter mes enquêtes vers un pays analogue. Mon choix se porta relativement naturellement vers le Cameroun, qui partageait avec la Côte d'Ivoire une épidémie généralisée et relativement élevée pour l'Afrique francophone, une position de *leader* économique dans la sous-région de l'Afrique centrale, et des initiatives d'entreprises privées pionnières en matières de VIH/sida (Alucam, AES-Sonel). Une première mission exploratoire a ainsi été effectuée en mai et juin 2011. Avec le retour au calme en Côte d'Ivoire, j'ai finalement décidé de ré-orienter mes recherches vers ce pays, et ce pour différentes raisons : l'intégration de ma thèse au projet sur les « freins au dépistage » (ANRS 12245), la rareté des recherches sur le sida en sciences sociales depuis la crise de 2002, et ma familiarité avec ce terrain⁷⁸. Après les différentes missions effectuées en Côte d'Ivoire, nous avons finalement décidé, de concert avec mes encadrants, Annabel Desgrées du Loû et Fred Eboko, d'approfondir la voie de l'approche comparative, *via* une mission de un mois au Cameroun (septembre 2013). L'approche comparative est apparue comme une valeur ajoutée évidente à ma recherche. Le double canal de mon insertion au sein d'un programme de recherche dirigé par Fred Eboko sur le thème « Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun) d'une part et de la dynamique de « l'Axe santé » du Programme pilote régional (PPR de l'IRD) « Politiques publiques, sociétés et mondialisation en Afrique

⁷⁸ Un stage de 6 mois au Centre de Recherche et d'Action pour la Paix (CERAP) avait été effectué en 2009 dans le cadre d'une maîtrise en Science Politique à l'Université de Montréal.

subsaharienne – Polmaf⁷⁹) d'autre part, a également facilité les missions d'appoint au Cameroun et en Côte d'Ivoire.

2.2. Apports et défis de l'approche comparée

Les apports d'une approche comparative

L'analyse comparative permet de contrôler si certaines hypothèses, élaborées à partir d'une étude de cas particulière, peuvent être généralisées à d'autres contextes. Ainsi, elle peut se définir comme un « média de scientificité en sciences sociales » (Gazibo 2002, 429). Loin d'être nouvelle, cette approche se trouve au fondement même des sciences sociales : les pères fondateurs, tels que Alexis de Tocqueville (Tocqueville 1835), Max Weber (Weber 1965) ou Émile Durkheim (Durkheim 1894) ont fondé leur démarche *via* cette méthode. Au-delà de l'utilité scientifique directe, la comparaison oblige plus largement à « questionner en permanence les instruments les plus élémentaires qui concourent tant à la mise en forme de notre pratique de chercheurs qu'à la construction de nos manières plus générales de penser, de sentir ou d'agir » (Spurk et al. 2003, 15)⁸⁰. Ainsi, l'approche comparée revêt trois finalités majeures : comprendre le sens du politique dans des contextes distincts, relativiser des différences apparemment fortes entre plusieurs systèmes et se libérer de nos tendances ethnocentriques (Badié et Hermet 2001)⁸¹.

L'approche comparative en Afrique : des *politics* aux *policies*

En Afrique subsaharienne, l'approche comparée a essentiellement été utilisée afin d'analyser les enjeux liés aux « *politics* » (c'est-à-dire la politique relative aux jeux de pouvoirs). Depuis les années 1960, trois thèmes majeurs ont été successivement analysés par la voie de cette méthode : le développement et la modernisation, le politique et le rapport entre l'Etat et la société, et enfin, la démocratisation qui s'amorça dans les années 1990 (Gazibo 2001). Si les études portant sur les « *policies* » (c'est-à-dire les politiques publiques) sont pour le moment

⁷⁹ Le programme « POLMAF » est dirigé par Marie-France Lange, Emmanuel Grégoire et Jean-Grégoire Kobiané et son « Axe santé » est coordonné par F. Eboko.

⁸⁰ cité par (Hassenteufel 2005).

⁸¹ cité par (Négrier 2005, 504).

marginales, le cadre de la gouvernance multi-niveaux caractéristique du VIH/sida offre un objet et un terrain de recherche particulièrement adaptés à une approche comparative. L'analyse des *policies* renseigne en retour sur la compréhension des *politics* (Darbon 2004).

En effet, le caractère transnational de ces actions publiques conduit à une intensification de la « convergence » de ses politiques publiques (Hassenteufel 2005). Autrement dit, « dans un même domaine et face au même type d'enjeu et de problème, un nombre important de pays aux politiques publiques contrastées, adopte progressivement les mêmes politiques publiques » (Hassenteufel 2005). Ainsi, l'analyse du poids des différents facteurs (épidémiques, politiques, économiques, sociaux, culturels, historiques, etc.) déterminant les trajectoires particulières des différentes actions publiques nationales de lutte contre le VIH/sida, permettrait de mettre au jour les « modalités de convergence » et de « divergence » de l'imposition de ces politiques transnationales.

Certaines études allant dans ce sens ont ainsi déjà été menées (Eboko, Owona Nguini et Enguéléguélé 2009) et, au vu du potentiel fécond de cette méthodologie, sont actuellement poursuivies⁸². Ainsi, de la même manière que Monika Steffen a mis en exergue la place centrale que continue à jouer l'échelon national dans l'analyse des politiques publiques de lutte contre le VIH/sida en Europe (Steffen 2004), l'ensemble des recherches qui ont été menées en contexte africain démontrent le rôle central que continue à jouer le contexte national. C'est ainsi que le leadership du président Museveni a conduit à la maîtrise de l'épidémie en Ouganda, tandis que l'attentisme du président M'Beki a contribué à la flambée de l'épidémie en Afrique du Sud. Au-delà des facteurs strictement épidémiologiques et sanitaires, la « trajectoire historique des Etats et leurs différenciations dans la mise en œuvre des politiques publiques conditionnent la gouvernance du sida »⁸³.

Cette situation est favorisée par le rôle croissant d'acteurs transnationaux au sein de ce domaine d'action (institutions internationales, experts transnationaux, entreprises multinationales, ONG, etc), et qui se positionnent comme des producteurs de politiques publiques (Hassenteufel 2005, 123). C'est pourquoi l'analyse de la politisation d'un acteur local et transnational, les entreprises privées, au sein de l'action publique transnationale de

⁸² Cf le projet « Gouvernance et sida en Afrique : comprendre et renforcer l'action concertée des instances de coordination nationale (CCM). Une approche comparée Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun. Projet (ANRS 12315) actuellement en cours et auquel je participe, qui se donne pour objectif d'analyser les trajectoires différenciées de 3 pays (Sénégal, Côte d'Ivoire et Cameroun), qui, malgré leur dépendance commune à l'aide internationale, se distinguant par leurs épidémies, leurs ressources économiques et leurs attributs politiques.

⁸³ Hypothèse formulée au sein du projet de recherche « Gouvernance » *ibid.*

lutte contre le VIH/sida en contexte africain se prête particulièrement à une approche comparative.

2.3. Une comparaison asymétrique

Définition de l'approche comparative

Si l'apport heuristique des études comparées fait généralement consensus, c'est sa méthodologie qui fait l'objet, *a contrario*, d'intenses critiques. En effet, la méthode comparative stricte suppose d'appliquer le même protocole d'enquête sur deux contextes différents, afin de produire des données similaires et comparables. L'approche qualitative se trouve ainsi d'autant plus en proie à ce défi, en raison de l'importance du facteur personnel dans l'accès aux terrains ou encore de l'inégale disponibilité des sources écrites selon les cas (Sa Vilas Boas 2012).

Cependant, c'est également en amont, au niveau de la construction de l'objet de la comparaison, ainsi que de son cadre théorique que peuvent naître de « mauvaises » comparaisons (Sartori 1994). Ma comparaison porte donc sur *la paradoxale politisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida* et permettra de nuancer mes hypothèses secondaires, telles que formulées dans l'introduction générale⁸⁴. Cependant, l'analyse comparative sera essentiellement mobilisée au niveau macrosociologique, c'est-à-dire pour valider et nuancer les analyses portant sur le positionnement des entreprises privées au sein d'une action publique transnationale, en mettant en évidence des ressemblances et/ou des dissemblances. Le Cameroun est ainsi davantage un « terrain de contrôle » qu'un terrain équivalent qui permettrait, comme c'est le cas pour la « comparaison binaire », de dégager des facteurs, de produire des généralisations et d'aboutir à une mise en perspective théorique. Ainsi, je ne cherche pas à comparer la manière dont se manifestent mes hypothèses au sein de deux pays, afin d'en expliquer les facteurs. Je ne cherche pas non plus à identifier des différences dans la manifestation de ces phénomènes entre les deux pays et à expliquer les

⁸⁴ Pour rappel, l'hypothèse principale est : « les entreprises privées sont appelées, de manière inédite, à participer à une action publique sanitaire locale, en suivant, non pas tant une dynamique de privatisation des politiques publiques observable au niveau global ou dans d'autres secteurs, qu'un processus de « dé-différenciation » et de « publicisation » des acteurs qui en découle, et qui tend à transformer les entreprises privées en acteur de l'action publique équivalent aux autres acteurs ». Et comme hypothèses secondaires : a) la politisation des entreprises privées génère une « dé-différenciation » partielle des entreprises privées au sein de l'action publique de lutte contre le VIH/sida, qui gomme leurs spécificités tant positives (lieu de modèle), que négatives (lieu de vulnérabilité) et b) l'intégration des entreprises privées au sein d'une action publique rentre en tension avec les fondements de l'approche néolibérale qui continue de déterminer, au final, la rationalité des entreprises privées globalisées, générant un ensemble d'effets inattendus.

facteurs. Il s'agit ainsi d'une comparaison asymétrique à tous les niveaux (du protocole aux données collectées), qui a pour objectif d'affiner et d'approfondir l'analyse de mes deux hypothèses par la confrontation avec un cas similaire (au regard de l'objet étudié). Cette approche se rapproche ainsi de la « comparaison individualisante » de Charles Tilly, qui permet au chercheur de mettre en lumière les caractéristiques spécifiques du cas étudié en le contrastant avec d'autres cas (Tilly 1984, 82)⁸⁵. Dans ce type de méthodologie, une vigilance accrue devra être de mise, afin d'éviter l'écueil de la « tentation de l'œillère », c'est-à-dire, le risque d'établir, à partir d'un cas plus familier, des généralisations sur le cas moins connu (Gazibo 2002).

Une similarité politique et économique de la Côte d'Ivoire et du Cameroun entre 1960 et 1990

Indépendants depuis 1960, ces deux pays ont été considérés jusqu'à la fin des années 1980 comme des pays intermédiaires d'un point de vue économique et placés sous la bannière des « pays stables » dont la croissance économique aurait été le corollaire. Portés par les systèmes monolithiques à parti unitaire, comme dans la majorité des pays africains après les indépendances, Félix Houphouët Boigny comme Amadou Ahidjo ont dirigé leurs pays respectifs sous le double sceau d'un contrôle politique autoritaire et d'une redistribution économique assise sur une économie de rente. Cette redistribution fut fondée et renforcée par les années de croissance économique de ces deux pays (les années 1960-1970 et la première moitié des années 1980). Ayant l'un comme l'autre accès à la mer, la Côte d'Ivoire et le Cameroun vont aussi mettre à profit les échanges commerciaux avec le reste du monde et avec leur principal partenaire économique, la France, pour asseoir l'illusion d'un développement économique dont les systèmes scolaires seront les principaux vecteurs de la mobilité sociale et de la paix sociale. Pour autant, les deux pays sont présentés comme des modèles de développement social et économique au grand dam des critiques qui dénoncent le clientélisme et la corruption de ces régimes politiques respectifs. Les multinationales françaises érigeront Abidjan et Douala (comme Dakar et Brazzaville) en terrains privilégiés de leurs investissements africains. L'effondrement du cours des matières premières et les conséquences du second choc pétrolier de 1979 font apparaître formellement les obstacles

⁸⁵ Cependant, pour Charles Tilly, ces « cas » concernent des pays. Or, l'objectif ici n'est pas d'approfondir l'analyse du cas ivoirien, mais de dégager, à partir de ce cas, un phénomène qui le dépasse.

majeurs à la poursuite de la redistribution clientéliste qui semblait également garantir la stabilité politique. Au Cameroun, Ahidjo cède le pouvoir à son successeur constitutionnel Paul Biya, le 6 novembre 1982 et ce dernier poursuit la même politique de redistribution et d'investissements publics que son prédécesseur.

La chute du Mur de Berlin et la crise économique interviennent à la fin des années 1980 et au début des années 1990. C'est l'ère des Programmes d'ajustement structurel (PAS). Ces deux pays se soumettent alors aux injonctions drastiques des bailleurs de fonds, au rang desquels le Fonds monétaire international (FMI) devient le principal instrument des politiques publiques nationales (Campbell 1995). La crise politique ivoirienne commence, sur fond de critiques sociales contre l'austérité en 1990 et pour une libéralisation de la vie politique, avec les manifestations des partis politiques (notamment le Front populaire ivoirien - FPI) et des étudiants en 1990 (Bailly 2000). Entre février et avril 1990 le pays est sous tension et le régime de Houphouët-Boigny résiste moyennant la répression des forces de l'ordre. Finalement, le retour au multipartisme est autorisé en mai 1990. Des élections concurrentielles ont lieu la même année. En octobre 1990, « le Vieux » remporte l'élection présidentielle avec 82% devant son opposant historique, Laurent Gbagbo. En novembre de la même année, le parti présidentiel, le Parti démocratique de Côte d'Ivoire (PDCI), remporte les élections législatives avec 163 sièges au parlement, devant le FPI de Laurent Gbagbo qui obtient 9 sièges. Dans la foulée, Houphouët-Boigny nomme le gouverneur de la Banque centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO) au poste de premier ministre, présentant ainsi un chef du gouvernement ayant les faveurs du FMI.

De son côté, Paul Biya résiste quelques temps aux exigences des partenaires économiques, avant de se soumettre aux Plans d'ajustement structurels (PAS). Il finit par nommer au Ministère des finances un ancien élève de la prestigieuse école Centrale de Paris, Justin Ndioro, en avril 1991. Ce centralien a dirigé précédemment la société parapublique Alucam (filiale de Pechiney à l'époque) avec un relatif succès aux yeux des partenaires bilatéraux (la France) et multilatéraux (le FMI). En décembre 1993, il le nomme conseiller à la présidence pour laisser le gouvernement rester le centre de la redistribution clientéliste. Entre-temps, après avoir résisté aux manifestations pour le multipartisme, avec la répression des manifestations du Social Democratic Front (SDF) qui feront plusieurs morts en mai 1990, le multipartisme est autorisé en décembre 1990. Le 1^{er} mars 1992 sont organisées les élections législatives. Le parti d'opposition le plus en vue (le SDF) et 34 autres partis dénoncent des irrégularités dans l'organisation des élections, exigent le préalable d'une conférence nationale

qu'ils n'obtiendront pas et boycottent le scrutin. Le parti dominant, le Rassemblement démocratique du peuple camerounais (RDPC) remporte ces élections législatives avec 49% des voix devant l'Union nationale pour la démocratie et le progrès (UNDP) conduite par un ancien premier ministre, Bello Bouba Maïgari (38% des voix). L'élection présidentielle a lieu en octobre 1992. Les observateurs internationaux et les partis d'opposition dénoncent des résultats tronqués. Paul Biya est élu après un scrutin à un tour avec un taux officiel de 39,97% des votants contre 35,96% à l'opposant anglophone John Fru Ndi (Sindjoun 1994; Mehler 1997; Eboko 1999).

Les années 1990-2000 vont distinguer politiquement les deux pays. Félix Houphouët-Boigny meurt le 7 décembre 1993. Sa succession va ouvrir une crise aux sommets de l'Etat (Banégas et Losch 2002) dont les vicissitudes vont finalement durer jusqu'en 2011 comme je le mentionnerai plus loin (Bouquet 2008; Bassett 2011). De son côté, Paul Biya est toujours le président du Cameroun, lequel est le pays africain qui s'est le plus appauvri entre 1985 et 1993 (Hugon 1996).

Ces éléments justifient l'acuité de la comparaison entre les deux pays, même si mon enquête reste asymétrique.

Les entreprises privées et le VIH/sida : similitudes et différences entre la Côte d'Ivoire et le Cameroun

J'ai identifié quatre thèmes de comparaison principaux afin d'analyser l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et au Cameroun (Tableau 4).

Tout d'abord, la prévalence du VIH/sida dans la population pour ces deux pays est relativement proche, avec une épidémie dite généralisée et des niveaux de prévalence de 3,7% en Côte d'Ivoire (MSLS Côte d'Ivoire 2013⁸⁶) et de 4,3 % au Cameroun (INS Côte d'Ivoire 2012⁸⁷). Cependant, si l'épidémie est davantage concentrée sur la région de la capitale ivoirienne, elle est déconcentrée au Cameroun, où les régions de l'Est, du Sud Ouest, de l'Adamoua et du Sud présentent des taux supérieurs aux régions du Littoral et du Centre où se situent les deux plus grandes villes, Douala et Yaoundé.

⁸⁶ Enquête Démographique et de Santé (EDS) de Côte d'Ivoire 2012.

⁸⁷ Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Cameroun 2011.

Deuxièmement, si les deux pays sont fortement dépendants de l'aide internationale (87% en Côte d'Ivoire et 74% au Cameroun), les bailleurs en place sont différents. La Côte d'Ivoire est majoritairement financée par l'aide bilatérale américaine, *via* le Pefar (63%), complétée par d'autres bailleurs (6% Fonds mondial, 5% Banque mondiale et 7% d'autres) tandis que le Cameroun est majoritairement financé par l'aide multilatérale du Fonds Mondial (47,4%). Les diverses stratégies des bailleurs à l'égard du secteur privé pourraient ainsi influencer leur mobilisation.

Troisièmement, alors que les deux pays ont le point commun d'être identifiés comme ce que Fred Eboko appelle des « adhérents passifs » dans leur réponse au VIH/sida, c'est-à-dire comme des pays qui adhèrent formellement aux discours internationaux, sans participer activement à la lutte (Eboko 2005b), ils se distinguent par leurs régimes politiques, caractérisé par une alternance au pouvoir en Côte d'Ivoire depuis la mort de son Président Houphouët-Boigny en 1993 (quatre présidents), dans un contexte de crises successives (1999, 2002, 2004, 2011), et par une continuité du Président Paul Biya au Cameroun depuis 1982, étouffant une crise sociale et politique latente.

Quatrièmement, la Côte d'Ivoire et le Cameroun sont toutes deux les capitales économiques de leurs sous-régions respectives (l'Afrique de l'ouest et l'Afrique centrale), avec des PIB respectifs de 24,6 et de 25 milliards \$ (2012, FMI) pour 20 millions et 21,7 millions d'habitants, et une part de marché de la France comparable (23,2% au Cameroun et 18,3% en Côte d'Ivoire)⁸⁸, présentant des entreprises multinationales communes implantées dans les deux pays.

⁸⁸ Cette part de marché est également fortement en baisse dans les 2 pays, passants de 43,5% à 23,2% au Cameroun et de 40,4% à 18,3% en Côte d'Ivoire entre 1985-95 et 2005-09, cf. <http://www.senat.fr/rap/r13-104/r13-10469.html>.

Tableau 4 Comparaison entre la Côte d'Ivoire et le Cameroun

	SIMILITUDES		DIFFERENCES	
	COTE D'IVOIRE	CAMEROUN	COTE D'IVOIRE	CAMEROUN
EPIDEMIE	Généralisée		Centralisée sur Abidjan	Décentralisée
INTERVENTION HUMANITAIRE INTERNATIONALE	Dépendance à l'aide		Majoritairement Pefpar	Majoritairement Fonds Mondial
AUTORITE ETATIQUE NATIONALE	Modèle d'« adhérents passifs » aux injonctions internationales		- Alternance - Crises politiques manifestes - histoire coloniale française	- Absence d'alternance - Crises politique et sociale latente
SECTEUR PRIVE	Capitales économiques sous régionale Entreprises multinationales communes			

Ainsi, la Côte d'Ivoire et le Cameroun présentent à la fois des similarités et des différences, répondant aux exigences nécessaires de ce que Giovanni Sartori a appelé une « bonne » comparaison :

« L'important est de retenir que comparer, c'est à la fois assimiler et différencier par rapport à un critère. Si deux entités sont semblables en tout point, si leurs caractéristiques s'accordent, alors elles constituent la même entité. Si d'autre part, deux entités diffèrent à tous les niveaux, alors leur comparaison n'a aucun sens. Les comparaisons dans lesquelles nous nous engageons effectivement sont des comparaisons entre entités dont les attributs sont en partie partagés (semblables) et en partie non partagés (nous les dirons alors incomparables)» (Sartori 1994, 22-23).

Cette grille d'analyse a guidé mon enquête de terrain au Cameroun. J'ai cherché à questionner les éléments de l'environnement immédiat (bailleurs de fond, autorités nationales, structures de santé, acteurs engagés dans le VIH/sida en entreprises, etc.) et de leur impact sur les stratégies des entreprises privées. Je n'ai pas cherché à produire une approche « macro-systémique » entre les deux pays (Smith 2000b) qui impliquerait une analyse approfondie de tous les facteurs possibles. Les éléments de contexte nationaux plus profonds (histoire coloniale, structure économique, caractéristiques ethno-linguistiques, religieuses, culturelles, etc.) ont été relayé en arrière plan, sans les gommer (Steffen 2004).

Acteurs rencontrés au Cameroun

Au cours de mes deux enquêtes de terrain au Cameroun, j'ai rencontré 10 entreprises privées, identifiées de A à J, dont certaines sont des filiales de multinationales faisant partie de l'échantillon des entreprises ivoiriennes (A, F, G et H). Mis à part pour l'entreprise A et E,

ces entretiens ont été effectués au cours de l'enquête exploratoire. Ceux-ci n'ont pas été enregistrés. Ils ont été utilisés comme des éléments contextuels, mais n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie. La seconde mission de terrain s'est concentrée sur l'étude d'un partenariat public privé du groupement de la filière bois, dont la mesure où son organisation est originale et soulève les enjeux spécifiques de la pérennisation du secteur privé d'actions cofinancées par des organisations internationales.

Tableau 5 Liste des entreprises privées enquêtées au Cameroun

ENTREPRISE		INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
SECTEUR I	Entreprise A (filiale camerounaise de l'entreprise 4)	Entretiens : directeur général (DG), médecin, coordinateur des affaires sociales
	Partenariat public privé (PPP) de la filière forestière GFBC/GIZ/PCS/IRD ⁸⁹	Étude approfondie. Entretiens : équipe du projet (coordinateur, médecin, personnel technique) et personnel de la GIZ (Responsable des Partenariats public privé (PPP) et suivi et évaluation, Point focal <i>mainstreaming</i> VIH/sida) Missions de terrain au sein de 2 entreprises forestières (1 en zone rurale et 1 en zone urbaine). Entretiens avec personnel soignant, responsable des activités VIH/sida, responsables de sites et observation des campagnes de dépistage Observation d'une séance de formation de pairs éducateurs
SECTEUR II	Entreprise B	Entretiens : médecin de l'entreprise, personnel soignant
	Entreprise C	Entretiens : responsable santé et assurance, et assistante santé (membres du comité sida)
	Entreprise D	Entretien : comité sida et infirmier
	Entreprise E	Entretien : responsable QSE (qualité sécurité et environnement), responsable des ressources humaines export
	Entreprise F (filiale de l'entreprise 14)	Entretien : directeur des ressources humaines (DRH)
SECTEUR III	Entreprise G (filiale de l'entreprise 26)	Responsable mutuelles santé, comité sida (2 membres des ressources humaines), infirmier, directeur général (DG)
	Entreprise H (filiale de l'entreprise 29)	Entretien : responsable comité sida (service marketing)
	Entreprise I	Entretien : responsable comité sida (ressources humaines)
	Entreprise J	Entretien : responsable comité sida

Mes enquêtes en entreprises ont été complétées par une série d'entretiens auprès des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida au Cameroun (cf. Tableau 6).

⁸⁹ Partenariat Public Privé (PPP) Groupement de la filière bois du Cameroun / Coopération technique allemande(GIZ) / Partenaire contre le sida (PCS) / Institut de recherche et développement (IRD).

Tableau 6 Liste des institutions extérieures enquêtées au Cameroun

ORGANISATIONS GOUVERNEMENTALES	Ministère de la santé, sous-direction VIH/sida/IST/DLM
	Direction de la santé et sécurité au travail – Ministère du travail et de la sécurité sociale (DSST/MTSS)
ORGANISATIONS INTERNATIONALES	Onusida
	BIT (Bureau international du travail)
	GIZ (coopération allemande)
	SCAC (Service de coopération et d'action culturelle française)
STRUCTURES DE SANTE	Clinique médicale des Roseaux
	Hôpital de jour de Yaoundé
ONG - ASSOCIATIONS	Maléo Santé +
	Swaa Littoral
	Mom Sunshine
	REDS (Réseau pour l'éthique le droit et le sida)
	Positive Generation
	3SH (Synergie des sciences sociales et humaines)
FAITIERES D'ENTREPRISES	CCA-SIDA
SYNDICATS	UGTC (Union générale des travailleurs du Cameroun)
	Centrale syndicale des travailleurs du Cameroun)
	CCT (Confédération camerounaise du travail)
	Entente

La comparaison asymétrique avec le Cameroun sera mobilisée dans la deuxième partie de cette recherche, afin de valider et de nuancer certaines hypothèses concernant :

- Les facteurs à l'origine de l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida (Chapitre 3)
- Les modalités de l'insertion des entreprises privées au sein de l'action publique transnationale (Chapitre 5)
- L'évolution du rôle des entreprises privées au sein d'une action publique transnationale, notamment au regard du processus de décentralisation de la prise en charge du VIH/sida (Chapitre 6)

Le cas du Cameroun ne sera pas mobilisé dans le Chapitre 4 de la 2^{ème} partie, ni dans la 3^{ème} partie. En effet, je n'ai pas effectué d'analyse approfondie et systématique des pratiques internes des entreprises, notamment concernant les initiatives pionnières de prévention et de prise en charge de l'hépatite B (Chapitre 4), ni du dépistage du VIH (Chapitre 7), ni de l'impact social, sociétal et politique des entreprises privées (Chapitre 8).

Ma participation à un séminaire organisé par l'association AIDES sur le « VIH/sida en milieu du travail » (15 au 19 octobre 2012), m'a permis de confronter l'expérience ivoirienne avec celles de six autres pays d'Afrique francophone (Togo, République Démocratique du Congo, Niger, Maroc, Bénin, Mali), et notamment à plus faible prévalence, représentés par des

membres d'associations, des représentants syndicaux, du patronat et des coalitions d'entreprises.

Ainsi, je me situe dans la continuité de l'approche qu'a adopté Alexis de Tocqueville, dans *De la démocratie en Amérique*, où il a comparé son cas principal (les Etats-Unis d'Amérique), avec un cas asymétrique (la France), en effectuant des incursion ponctuelles en regardant d'autres pays (le Canada ou le Mexique) (Tocqueville 1835). Ici, l'analyse de mon cas principal (la Côte d'Ivoire) sera nuancée et affinée à partir de mon cas asymétrique (le Cameroun), en faisant des appels ponctuels à d'autres terrains (Afrique de l'Ouest ou Afrique australe).

Partie II:
**Politisation et « dé-
différenciation » des
entreprises privées au
sein de l'action publique
de lutte contre le
VIH/Sida**

Chapitre 3. La mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : logiques bioéconomiques, symboliques et sociales

« Nos premières actions en Afrique ont été conduites par une analyse claire de rentabilité (...). Mais pour beaucoup de nos pays où nous avons acquis une longue expérience dans la mise en œuvre de nos programmes VIH/sida, ce qui a motivé nos actions, c'est le désir de protéger les droits humains fondamentaux, de préserver l'intégrité de notre force de travail, de réduire les coûts associés au VIH/sida et de répondre à ce que l'entreprise considérait comme un vrai défi.»⁹⁰

Cet extrait est issu d'une déclaration formulée par Mervyn Davies, le Président Directeur Général de la *Standard Chartered Bank*, lors du Forum économique mondial (FEM) de 2004. Afin de justifier les initiatives que sa banque a mis en place dans le domaine du VIH/sida au sein de ses filiales africaines, ce PDG mobilise deux types d'arguments : ceux que j'ai appelé « bioéconomiques », c'est-à-dire qui répondent à une logique directe de préservation du « capital humain » et de réduction des coûts de l'entreprise ; et les arguments éthiques et compassionnels.

Plus largement, cet extrait mobilise les deux registres théoriques généralement adoptés à propos de l'implication des entreprises privées au sein des sphères sociales et politiques.

⁹⁰ Il s'agit d'une traduction personnelle : « *Our initial actions in Africa were driven by a clear business case. For example, in one country we observed that on any given day 10% of our staff were absent because of HIV-related matters. For many of our country operations with long-standing HIV/AIDS programmes, the motivations behind action were driven by a desire to protect basic human rights, preserve the integrity of our labour force, reduce costs associated with HIV/AIDS and respond to what the company regarded as a real challenge* » Mervyn Davies, *Group Chief Executive, Standard Chartered Bank*.

D'une part, du registre des partenariats « gagnant-gagnant » entre des acteurs publics bénéficiant de l'efficacité des acteurs privés qui auraient un intérêt direct à collaborer. Ce registre de la rationalité économique des entreprises privées a été largement utilisé par les recherches biomédicales et économiques cherchant à démontrer les intérêts des entreprises à s'investir dans les réponses contre le VIH/sida ; et le registre de l'éthique, de la responsabilité et de la citoyenneté. Celui-ci a davantage été promu par le courant des sciences économiques et de gestion promouvant la « Responsabilité sociale des entreprises » (RSE).

Pour autant, les facteurs ayant présidé à la mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/Sida sont-ils aussi binaires ?

Au cours de ce chapitre, je propose de répondre à cette question à partir de l'exemple de la Côte d'Ivoire. Pour ce faire, le Schéma 2 Logiques externes et internes des stratégies VIH/sida des entreprises privées » (p.89) présenté au chapitre 1 guidera ma démarche. Il s'agira d'analyser l'influence des logiques externes (marché néolibéral, responsabilité sociale des entreprises (RSE), intervention humanitaire internationale et autorité étatique nationale) et des logiques internes (bioéconomiques, sociales et symboliques), sur la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le VIH/sida au sein des entreprises privées. L'objectif sera d'étudier l'articulation et les résonances entre ces logiques externes et internes, afin de tenter de comprendre pourquoi le VIH/sida a suscité une telle mobilisation du secteur privé. Les entreprises privées ont-elles choisi d'agir de manière autonome ou bien ont-elles cédé à des influences extérieures ? Dans ce cas, quels seraient les types d'influences extérieures qui ont été effectivement déterminants dans leurs décisions finales ?

Quatre étapes orientent ce chapitre. Premièrement, je dresserai l'historique de l'action publique et de la mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida. Deuxièmement, j'analyserai les facteurs qui ont influencé les choix des entreprises privées à s'impliquer dans le VIH/sida. Troisièmement, j'analyserai le phénomène de convergence des stratégies privées. Enfin, je questionnerai l'influence de l'intense mobilisation collective autour du VIH/sida.

Ce chapitre s'appuiera sur l'analyse des entretiens effectués auprès des acteurs d'entreprises (médecins d'entreprises, personnel de Direction, responsables de comités), à propos des facteurs qui ont déterminé leur engagement dans la lutte contre le VIH/sida, et ce

particulièrement pour la section 2. Les descriptions et analyses des autres sections se baseront sur des matériaux plus généraux tels que présentés dans le chapitre 2.

Ce chapitre est essentiellement fondé sur le cas ivoirien. En effet, l'absence d'entretiens systématiques auprès des entreprises camerounaises concernant les raisons de leur engagement, ne permet pas de mobiliser ce matériau. Pour autant, j'aborderai le Cameroun à plusieurs reprises, afin de mettre en perspective mon analyse.

1. Action publique et mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire

Je présenterai ici les différentes phases de la mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire, en les mettant en perspective avec le contexte national. Les transformations liées à l'universalisation de l'accès aux traitements ARV ont guidé l'identification des différentes phases de cette chronologie : 1) avant les ARV (1985 – 1997), 2) découverte et premières initiatives d'accès aux ARV (1997 – 2004), 3) universalisation de l'accès aux ARV (2004 – 2008), 4) tarissement des ressources internationales et nouveaux défis (2008 – 2014).

1.1. Avant les ARV (1985-1997)

Action publique avant les ARV

Aux premiers temps de l'épidémie, les autorités politiques de Côte d'Ivoire ont, comme la plupart des pays africains, nié la gravité du VIH/sida, l'indexant comme une « maladie de l'impérialisme » (Fassin et Dozon 1989) qu'il n'était pas question d'inclure dans l'agenda politique. Les premières initiatives des autorités ivoiriennes ont ainsi consisté à adopter les recommandations formelles promues par les organisations internationales, notamment le Global Programme on AIDS (GPA) de l'OMS. C'est ainsi qu'en 1987, deux années après la découverte du 1^{er} cas de Sida (1985), se crée un Programme national de lutte contre le

VIH/sida (PNLS), selon les recommandations du GPA. Cette démarche verticale, adoptée par la majorité des pays africains (Eboko 2013b), n'a pas empêché quelques initiatives innovantes en Côte d'Ivoire. En 1995, un programme intégré sida, maladies sexuellement transmissibles (MST) et tuberculose sera le premier institutionnalisé en Afrique francophone (le second en Afrique après la Zambie), bien avant que la coïnfection VIH/tuberculose ne donne lieu à des initiatives internationales (Vidal, Idrissou, et Kuaban 2011).

Si le premier programme s'est d'abord focalisé sur la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation et d'éducation sanitaire, plusieurs initiatives portent l'attention relativement tôt sur les enjeux de traitement. Dès 1989, une politique nationale de traitement des maladies opportunistes est définie. Puis, le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLTB) est intégré au PNLS/MST en 1995, dont l'expérience en matière de prise en charge permet de rompre avec la vocation généralement préventive des PNLS. En 1993, elle dégage une ligne budgétaire. Dès 1995, des antirétroviraux (bithérapies) sont importés par la Pharmacie de santé publique (PSP). Cependant, à cette époque, l'absence de traitements efficaces (il n'existe alors que des monothérapies, puis des bithérapies), limite les actions à de la prévention et aux soins des maladies opportunistes. Les acteurs médicaux font ainsi face à une certaine impuissance face aux ravages de la maladie, qui est d'autant plus dramatique que la Côte d'Ivoire est le pays d'Afrique de l'Ouest qui connaît le plus fort taux de séroprévalence au VIH/sida dans les années 1990. En 2001, sous la présidence de Laurent Gbagbo, est créé un ministère dédié exclusivement à la lutte contre le sida.

Réaction des entreprises privées

Dans ce contexte, les premières réactions des entreprises privées face au VIH/sida se sont fondées sur le développement de stratégies de dépistage discriminatoire (« d'exclusion »), c'est-à-dire dans le but de se séparer des employés ou des candidats à l'embauche infectés par le virus (Aventin 1996b). Ces stratégies étaient effectuées à l'insu des employés, et parfois de manière très inventive. A titre d'exemple, une entreprise de plantation a ainsi prétexté le nécessaire prélèvement sanguin de ses employés dans le but d'élaborer un anti-venin, afin de les protéger contre les risques de morsure de serpents (Aventin 1998). Ainsi les licenciements déguisés furent des pratiques fréquentes, sans que ceux-ci ne puissent être prouvés, voire condamnés (Dédy 1996).

De manière marginale, quelques entreprises privées ont développé des activités d'information et de prévention accompagnées par le Programme national (PNLS)⁹¹. Il s'agissait avant tout de combler un manque de connaissance et de parer aux conséquences sociales de l'épidémie, telles la stigmatisation et la discrimination, afin de préserver la cohésion sociale des entreprises. Sur une affiche du programme national (PNLS), on pouvait lire : « travailler ensemble ne donne pas le Sida ». Au sein d'une étude, Séri Dédy a montré qu'à cette époque, certains travailleurs réclamaient le licenciement de leurs collègues et que l'isolement et le rejet des personnes suspectées d'être infectées étaient des pratiques courantes (Dédy 1996). L'absence de formation des médecins ne permettait pas nécessairement à ceux-ci de rassurer les employés sur l'absence de risque de contagion entre collègues. Et en l'absence globale de respect de la déontologie du secret médical, le nom des personnes séropositives se trouvait divulgué tant au niveau de la hiérarchie, que du personnel ou du conjoint, sans que le premier concerné ne soit nécessairement informé (Dédy 1996).

1.2. L'arrivée des ARV (1997 – 2004)

Initiative Onusida et action publique

Au moment de l'annonce de la découverte des multithérapies antirétrovirales (ARV) en 1996, la situation nationale était critique. Dans un contexte où l'on estimait que 6000 personnes avaient besoin d'un traitement antirétroviral, nécessitant un budget de 48 milliards de FCFA, (soit l'équivalent du budget de la santé de l'époque s'élevant à 52 milliards FCFA), la ligne budgétaire dédiée au VIH/sida n'était que de 650 millions de FCFA (1996).

Cependant, la Côte d'Ivoire s'est positionnée relativement tôt afin de promouvoir l'accès aux ARV pour les pays du Sud⁹². Son ancien rôle de « modèle » de la sous-région ouest africaine (Delaunay 1997), conjugué à sa situation épidémiologique critique (la Côte d'Ivoire est le pays d'Afrique de l'Ouest de loin le plus touché), une infrastructure sanitaire développée et

⁹¹ Le PNLS avait créé une cellule d'Education, information et communication (IEC) en 1988, chargée de la sensibilisation et de la prévention du VIH/sida en Côte d'Ivoire et avait développé un volet de ses activités auprès des entreprises privées. Dès sa création, cette cellule a amorcé ses activités auprès de la société Capral/Nestlé et a continué ensuite, durant les années 1990, avec une dizaine d'entreprises : les Grands Moulins d'Abidjan (GMA), le groupe Cogim-Techno, le groupe Texaco, la SOGB (Société des oléagineux de Grand Béréby), la SCIF (chemins de fer), la CIE (Compagnie ivoirienne d'électricité), la DCGTX (Direction centrale des grands travaux), Blohorn (Unilever), IPS/Filtisac et Michelin (Société africaine de plantations d'hévéas - SAPH) (Chevalier 1995).

⁹² Cf Michel Kazatchkine, Directeur de l'ANRS dans (Msellati, Vidal et Moatti 2001, VIII).

une recherche biologique et clinique dynamique⁹³ l'ont conduite à afficher une volonté de se positionner en *leader* de la lutte. Dans un registre différent, le cumul de la « forte » prévalence et l'ouverture du pays à ses partenaires internationaux - notamment français, a permis au pays d'être un pôle pionnier en sciences sociales en Afrique francophone sur la question du VIH/sida (Dozon et Vidal 1993), à partir du centre Orstom de Petit-Bassam.

Si la première décennie de lutte contre le sida fut marquée par un *leadership* politique relativement aphone sur la question du sida (Eboko 2005c), l'arrivée des polythérapies antirétrovirales au niveau international en 1995 va changer la perspective. Les autorités nationales développent alors une mobilisation médiatique particulièrement importante qui a connu certains succès. Symboliquement, la Côte d'Ivoire est le premier pays visité par le Directeur exécutif du nouvel organe inter-agences des Nations-Unies dédié à la lutte contre le VIH/sida (Onusida), créé en 1996. Mais surtout, Abidjan est choisie comme ville d'accueil de la très médiatique X^{ème} Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique (CISMA), en 1997.

Enfin, la Côte d'Ivoire est l'un des quatre pays désignés pour participer à l'Initiative pilote de l'Onusida, aux côtés de l'Ouganda, du Vietnam et du Chili. Son objectif est de démontrer qu'il est « réellement possible d'obtenir et de distribuer dans les pays en développement des médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du sida »⁹⁴. Celle-ci est lancée officiellement en novembre 1997. L'« Initiative Onusida » permet d'amorcer l'accès aux ARV en Côte d'Ivoire : 4000 traitements sont alors promis aux personnes infectées par le VIH/sida⁹⁵ et la mise en œuvre de ce projet fait espérer une baisse de leur prix par des concessions octroyées par les firmes pharmaceutiques, ainsi que par une hausse des financements internationaux (Msellati, Vidal et Moatti 2001, 30).

En effet, à cette époque, le prix des ARV est extrêmement élevé : en 1999, il s'élève à 280.000 FCFA (430€) par mois et par patient. Des accords conclus entre les autorités ivoiriennes et les laboratoires pharmaceutiques Bristol-Myer Squibb (BMS), GlaxoSmithKline (GSK) et Merck Sharp & Dohme (MSD) en mars 2001 permettent de

⁹³ A l'époque, deux essais thérapeutiques de prévention de la transmission de la mère à enfant étaient en cours ainsi que deux essais thérapeutiques de prophylaxie des infections opportunistes par cotrimoxazole menés par l'ANRS et le laboratoire RETRO-CI (du *Center for Disease Control* américain). Le « FonSIDA », hébergé au Centre national de transfusion sanguine (CNTS), œuvrait à la recherche de traitements « modernes » du Sida (Msellati, Vidal et Moatti 2001, 22).

⁹⁴ Extrait du communiqué de presse du Ministre de la santé ivoirien, diffusé lors de la conférence de presse de lancement de l'Initiative le 7 novembre 1997.

⁹⁵ Au final, seulement 700 personnes ont bénéficié des traitements ARV, à la fin de l'année 2000), en raison de difficultés de financement des traitements et de négociation avec les firmes pharmaceutiques dont il revenait à la partie ivoirienne de trouver des moyens de les subventionner. Cet écart a réduit la portée de santé publique de l'Initiative, vers un processus plus expérimental.

diminuer son coût entre 65.000 FCFA (100€) et 100.000 FCFA (150€) (Msellati, Vidal et Moatti 2001). Des protocoles d'accord similaires ont lieu avec les mêmes laboratoires pharmaceutiques au Sénégal et au Cameroun, par exemple. Cependant, à cette époque, ce prix reste prohibitif pour la grande majorité de la population. L'Initiative Onusida représente dès lors l'un des seuls moyens d'avoir accès à un traitement, comme gage de survie. Cette situation pose une série de problèmes éthiques et politiques, un « triage » des patients s'effectuant sur des critères sociaux et économiques (Nguyen 2010). En 2001, seulement 1000 personnes sont prises en charges sur l'ensemble du pays, dont 700 par le canal de l'Initiative Onusida (2001), alors que l'on estime à 630.000 le nombre de personnes infectées par le VIH/sida⁹⁶.

Or, pour cette même année, la part du budget national allouée à la santé ne dépasse pas 1 % de son budget total. Certains bailleurs étrangers commencent à s'implanter en Côte d'Ivoire : la Banque mondiale, à travers le *Muli-Country AIDS Programme* (MAP) en 2002, suivie du Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose en 2003. Pour finir, le *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Pepfar) américain, lancé par Georges W. Bush, annonce son arrivée en 2004, laissant présager une amélioration dans l'accès à la prise en charge.

Initiatives pionnières des entreprises privées

Dans ce contexte, et suite à la découverte des ARV en 1996, une poignée d'entreprises privées mettent en place des programmes afin de financer les antirétroviraux pour leurs employés infectés par le VIH/sida et pallier l'absence de réponse des pouvoirs publics. L'impulsion est donnée par la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) en 1999, étroitement suivie par quelques entreprises multinationales (Unilever, IPS/Filtisac, Shell-CI, Nestlé et Uniwax, Sodeci). La CIE initie son programme pionnier d'accès aux ARV en étroite collaboration avec le Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (SMIT), qui donne lieu à une étude sur les avantages financiers du secteur privé à s'impliquer dans cette voie (Eholié et al. 2003). Son initiative est précoce à l'échelle de l'Afrique subsaharienne⁹⁷ et a eu un impact déterminant sur la mobilisation du secteur privé ivoirien dans la lutte contre le

⁹⁶ Cette proportion sera ensuite réévaluée à la baisse, cf **Encadré 6** p. 25.

⁹⁷ Par exemple, Alucam (2000), *Anglo American* (2001), *Debswana* (2001), *Coca-Cola* (2001), *Heineken* (2001), *Lafarge* (2001).

VIH/sida. A sa suite, une vingtaine d'entreprises⁹⁸, « nationales/mixtes »⁹⁹ et multinationales, représentant environ 30.000 employés, engagent des programmes d'accès aux ARV, sous la forme de partenariats publics/privés informels unissant le service de santé public (le SMIT) et les entreprises¹⁰⁰ (MLS et MSHP Côte d'Ivoire 2007). D'autres entreprises multinationales¹⁰¹ s'engagent également sur cette voie en partenariat avec le Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan (CIRBA), un centre de santé semi privé. Les entreprises privées représentent dès lors l'un des rares lieux (à côté de l'Initiative Onusida) où les individus infectés peuvent avoir accès aux ARV. En 2004, ce réseau d'entreprises contribue à la mise sous ARV de 12% de la file active ivoirienne¹⁰², c'est-à-dire que sur les 5000 personnes qui sont prises en charge dans le pays, 585 le sont par l'intermédiaire des entreprises privées (MLS et MSHP Côte d'Ivoire 2007).

1.3. L'universalisation de l'accès aux ARV (2004 – 2008)

Intensification de l'aide internationale

L'année 2004 est une année charnière dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : l'arrivée du Pefar¹⁰³ amorce le passage à l'échelle de l'accès aux traitements et la décentralisation de la prise en charge médicale du VIH/sida. L'aide bilatérale américaine représentera en 2009 74% de l'aide extérieure dédiée au VIH/sida, qui représente elle-même 87% du budget global national VIH/sida (CNLS Côte d'Ivoire 2010). Son financement massif

⁹⁸ Selon le guide des bonnes pratiques de partenariats publics/privés/société civile (MLS et MSHP Côte d'Ivoire 2007), 20 entreprises s'étaient effectivement engagées dans ce processus au 31 juillet 2004. Cependant, bien que je n'aie pas effectué d'enquête systématique auprès de ces 20 entreprises mes enquêtes auprès de 11 d'entre elles ont révélé que certaines n'avaient pas mis en place de mécanismes de financement spécifiques pour les ARV avant 2004 mais seulement un programme formel. Ces entreprises privées et publiques officiellement engagées sont : SODECI (Société des eaux de Côte d'Ivoire), BCEAO-CI (Banque centrale des Etats d'Afrique de l'Ouest), SOTRA (Société des transports abidjanais), SODEFOR (Société des forêts), ANADER (Agence nationale de développement rural), SIR (Société ivoirienne de raffinage), SOGB (Société des oléagineux de Grand Béréby), Unilever, CI-Telecom, DGCTP (Direction générale du trésor et de la comptabilité publique), CNPS (Caisse nationale de prévoyance sociale), ADM/SIFCA (Archer Daniels Midland /Société immobilière et financière de la Côte africaine), IPS/Filtisac (Industrial Promotion Services), IPS/Ivoire Coton, Hôtel du Golf, PAA (Port autonome d'Abidjan), SMI (Société des mines d'Ity), SIMAT (Société ivoirienne de manutention et de transit).

⁹⁹ C'est-à-dire avec un capital mixte national/international.

¹⁰⁰ Pour la forme de ces « PPP » : le service des maladies infectieuses (SMIT) s'occupait de la formation de l'équipe médico-sociale, de la supervision des patients et de l'évaluation ; les entreprises se chargeaient de financer les ARV (suivant un modèle de contribution partagée entre employeurs et employés, mais qui n'a pas été systématiquement mis en place), d'opérer le diagnostic, le suivi et le référencement des employés ; le laboratoire RETRO-CI, financé par l'USAID, s'occupait du bilan initial et de la gestion des données.

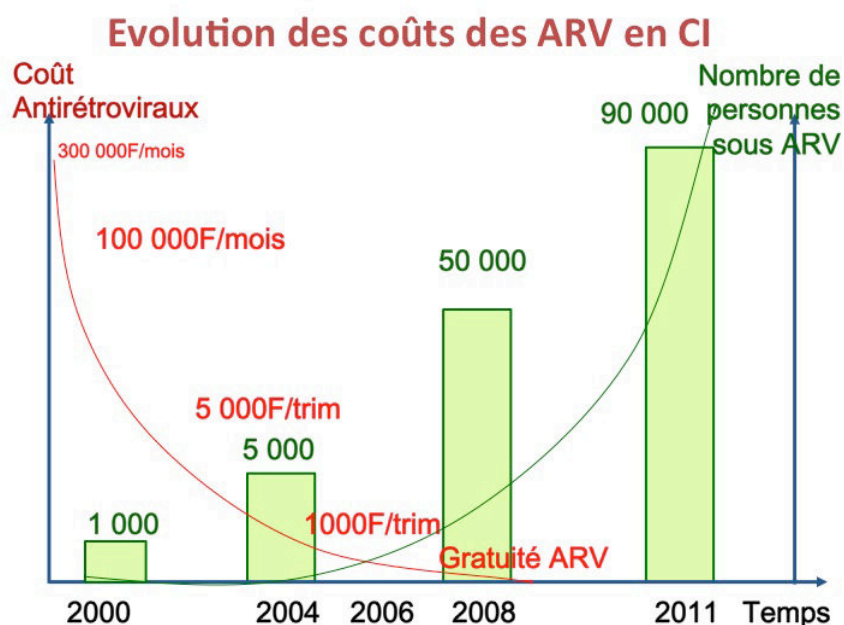
¹⁰¹ Groupe ACCOR, Nestlé, Total, Shell, SAPH (groupe Michelin), Unilever, Uniwax.

¹⁰² La « file active » désigne les patients diagnostiqués qui sont officiellement suivis dans un ou des centres de santé donnés.

¹⁰³ Pour rappel : *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Pepfar).

permet de subventionner et de réduire le coût des ARV pour les patients, diminuant à 5000 FCFA (8€) par trimestre et par patient en 2004. Cette contribution financière mènera à la gratuité des ARV pour les patients en 2008. En 2006, le Pefar amorce la décentralisation de la prise en charge sur l'ensemble du territoire ivoirien. Entre 2004 et 2010, le nombre de personnes mises sous ARV en Côte d'Ivoire passe de 2000 à 75.000. A partir de 2006, on parle de « boom du secteur communautaire » : associations et ONG sont intensément financées par le Pefar, permettant ainsi de sortir la prévention et la prise en charge des murs des structures de santé. En 2006, la Direction de la mobilisation sociale du Ministère de la lutte contre le VIH/sida répertorie 700 ONG de lutte contre le VIH/sida (MLS Côte d'Ivoire 2006). Entre 2007 et 2009, le nombre de sites de conseil et dépistage a presque doublé, passant de 287 à 504 sur l'étendue du territoire. Les statistiques nationales annoncent une prévalence en baisse, passant de 6,6% en 2000 à 3,2% en 2012 selon l'Onusida, et le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida passe de 630.000 en 2000 à 450.000 en 2012¹⁰⁴. La chronicisation et la banalisation de la maladie se développent progressivement. La **Figure 4** présente l'évolution croisée de la baisse du coût des traitements avec le nombre de personnes prises en charge en Côte d'Ivoire.

Figure 4 Evolution du coût des ARV et du nombre de personnes sous ARV en Côte d'Ivoire (2000 - 2011)



Source : Christine Danel, PAC-CI

¹⁰⁴ <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

L'apogée de la mobilisation des entreprises privées

Pour le secteur privé, cette intervention internationale massive génère deux types de conséquences. D'un côté, les entreprises privées sont relayées par l'offre de santé extérieure en pleine expansion. Ainsi, l'intérêt qu'elles avaient eu à s'engager afin de pallier l'absence de prise en charge publique se trouve nécessairement amoindri. D'un autre côté, elles sont encouragées à joindre leurs forces à « la bataille » et à devenir des partenaires de la lutte, au sein de politiques multisectorielles. Au final, ce moment représente l'apogée de la mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida. Certains parlent d'une véritable « mode du sida » au sein du secteur privé. Selon leur degré d'implication, les entreprises développent des programmes de prévention (information, sensibilisation, dépistage), financent éventuellement la prise en charge financière des frais médicaux allant au-delà des ARV et des bilans qui sont subventionnés par les partenaires internationaux (infections opportunistes, bilans biologiques, charge virale, et éventuellement tests de résistance, suivi psycho-social, nutritionnel). Elles peuvent également offrir un circuit de soins privilégié (conventions avec des structures de santé privées).

Parallèlement à ces premières entreprises essentiellement basées à Abidjan, la capitale économique qui concentre 80% des entreprises de Côte d'Ivoire, les entreprises agro-alimentaires connaissent une configuration et une temporalité très spécifique. En zone rurale, les entreprises privées ont plus longtemps souffert de l'absence d'une offre de santé publique, et ce de manière exacerbée dans les zones CNO (centre, nord, ouest), sous contrôle de la rébellion depuis 2002¹⁰⁵. Malgré leur longue tradition de santé publique et de substitution à l'État liée à leur enclavement naturel, celles-ci n'ont pas été les moteurs de la prise en charge en zone rurale. En Côte d'Ivoire, celles-ci ont été moins touchées par l'épidémie que les zones urbaines. Les entreprises privées ont attendu¹⁰⁶ que la politique de décentralisation soit amorcée au niveau national (en 2006) pour développer des activités de prise en charge du VIH/sida¹⁰⁷. A la différence des entreprises situées en zone urbaine, les employés (dépassant

¹⁰⁵ Cf **Encadré 3 Impact de la crise post-électorale sur le système de santé et la gestion du VIH/sida en Côte d'Ivoire** » p.123.

¹⁰⁶ Excepté pour la SAPH, basée non loin d'Abidjan.

¹⁰⁷ D'une part, elles se sont rapprochées de l'offre de santé au niveau régional et se sont intégrées au sein des activités du district sanitaire (formation de leurs médecins, accès aux intrants et ARV) ; et d'autre part, elles ont pu contracter des partenariats ponctuels avec les grandes ONG de mise en œuvre (EGPAF, Aconda-VS), qui leur a fourni un appui technique et matériel. Voir le Chapitre 6.

souvent plusieurs milliers) dépendent étroitement de l'offre de santé proposée par leur entreprise et celles-ci jouent (aujourd'hui encore) un véritable rôle de santé publique, se substituant aux structures de santé publique. Une poignée des entreprises privées du secteur de l'*agro business* initie ainsi une prise en charge du VIH/sida.

En 2009, on estime que 2500 individus sont pris en charge (ARV) par l'intermédiaire des entreprises privées (Eholié et al. 2009)¹⁰⁸ sur les 72.000 patients à l'échelle nationale, soit 3,5% de la file active.

1.4. Une double crise économique et politique (2008 – 2014)

Le tarissement des ressources

Comme l'ensemble des pays dépendants de l'aide internationale, la Côte d'Ivoire fait face à la raréfaction des ressources internationales amorcée par la crise financière de 2008. En 2012, la Côte d'Ivoire déplore un manque de 20 millions \$ pour mettre en place son programme national, malgré l'apport des financements du « Round 9 »¹⁰⁹ du Fonds mondial ainsi que de la Banque mondiale qui réinitialise son Programme d'urgence multisectoriel de lutte contre le VIH/sida (PUMLS) en 2009 (qui avait été suspendu en 2003 pour arriérés de paiement). Si la Côte d'Ivoire ne connaît pas pour l'instant de menace majeure quant aux ruptures de stock des ARV, les financements se sont aujourd'hui resserrés sur la question des traitements, au détriment de la prévention. Ce tarissement des ressources intervient au moment même où se développe le paradigme du traitement comme moyen de prévention (*Treatment as Prevention*, Tasp), donnant l'espoir d'une éradication possible de la maladie, si le dépistage et le traitement sont développés de manière universelle (Granich et al. 2009).

A cela s'ajoute la crise politique post-électorale (de 2010-2011) qui fragilise le système de la prise en charge du VIH/sida, et plus largement de la santé (cf. **Encadré 3**).

¹⁰⁸ Cette estimation n'a pas été l'objet d'une étude systématique et représente un ordre de grandeur.

¹⁰⁹ Les financements du Fonds mondial étaient attribués pour des périodes appelées « rounds ».

Encadré 3 Impact de la crise post-électorale sur le système de santé et la gestion du VIH/sida en Côte d'Ivoire¹¹⁰

La crise post-électorale ivoirienne a lourdement affaibli **le système de santé**.

Au niveau des infrastructures, de nombreux établissements ont été pillés (tel que l'Institut national de santé publique), ou ont subi une détérioration de leur matériel. Les zones de combat ont subi un exode massif du personnel de santé. Le fonctionnement des centres VIH/sida de ces zones a été particulièrement touché¹¹¹. De plus, la crise a créé de nouveaux besoins sanitaires (maladies endémiques, infectieuses et parasitaires, pathologies de guerre, choléras, etc.). Elle a également généré le déplacement de populations et une montée des violences sexuelles, développant les risques liés au VIH/sida.

Par ailleurs, la communauté internationale a fortement encouragé l'instauration d'une gratuité exceptionnelle et non ciblée des frais médicaux pour l'ensemble de la population qui, au lieu des 45 jours initialement prévus, s'est prolongée durant neuf mois (avril 2010 - février 2011). Celle-ci a fortement déstructuré l'offre sanitaire, en entraînant l'engorgement des services hospitaliers et centres spécialisés, des ruptures d'intrants et de médicaments, et le développement de pratiques de corruption du personnel soignant.

Enfin, la crise a également complexifié et intensifié la déstructuration du système de financement, avec un afflux d'organisations et d'agences humanitaires (Médecins sans frontières, Médecins du monde, Croix rouge, Echo et agences onusiennes) mettant en œuvre des programmes d'urgence, s'ajoutant aux nombreuses organisations internationales finançant déjà la santé et le VIH/sida (Pepfar, coopération chinoise, japonaise, coréenne, Union européenne, Unitaid, Onuci, Fonds mondial, Banque mondiale). Un programme présidentiel d'urgence (PPU) de 11 milliards de FCFA a également été initié par le président Ouattara. Cependant, le pré-ciblage des fonds, le système de conditionnalités et de garanties additionnelles font obstacle, dans la pratique, à la bonne utilisation des ces fonds. La crise a plus que jamais placé la Côte d'Ivoire dans une grande situation de dépendance vis-à-vis des bailleurs étrangers

En contre-point, à propos du **VIH/sida**, certains partenaires ont arrêté ou gelé leurs financements : la Banque Mondiale a suspendu son plan d'urgence multisectoriel de lutte contre le VIH/sida (PUMLS) et fermé ses bureaux à Abidjan pendant les événements ; le Fonds mondial a également gelé le déboursement de ses fonds, tandis que le Pepfar a arrêté 3 subventions, suspendu 21 subventions, et ordonné le départ du personnel américain pendant la crise.

Cette diminution des financements a confronté les structures de santé, ONG et associations, à de graves difficultés : licenciements de personnel médical et technique, chômage technique, diminution du soutien aux activités de prévention et de formation, rachat de matériel etc.

Si des ruptures de stocks en ARV étaient fortement craintes au moment des événements¹¹², et notamment à l'intérieur du pays, (la Côte d'Ivoire n'avait pas connu de pénurie d'ARV depuis 2005), l'approvisionnement a globalement été maintenu. Des mesures d'urgence ont été mises en œuvre (approvisionnement *via* le centre régional de distribution d'Accra, rationalisation des activités sur les services essentiels, flexibilité dans le renouvellement des ordonnances, relais via des réseaux sociaux, etc.) Au final, une évaluation effectuée en juillet 2011 concluait à un « impact minimal sur les services VIH/sida prévus », malgré une réduction budgétaire de 12,5% pour l'exercice de l'année 2011¹¹³.

¹¹⁰ Cet encadré se base essentiellement sur des entretiens avec le programme national de prise en charge (PNPEC), le rapport du PNPEC « Plan d'urgence post-crise de la prise en charge médicale des PVVIH » (PNPEC 2011), sur une présentation de l'ancienne Ministre de la santé, me Thérèse N'Dri ; lors du Colloque International « Politique étrangère et de la diplomatie de la santé mondiale », Chaire Savoirs contre pauvreté, les 17 et 18 juin 2013 ; ainsi que sur la littérature grise du Pepfar.

¹¹¹ Une enquête effectuée après la crise par le PNPEC (MLS) estimait que dans la région du Moyen-Cavally, une région à l'ouest à la frontière libérienne et guinéenne, couvrant les villes de Guiglo et de Duékoué, ayant connu de violents combats et massacres (ndlr : le massacre de Duekoué, par les forces pro-Ouattara a touché entre 150 et 1000 morts selon les sources), 50% des sites de prise en charge et 100% des sites de PTME n'étaient plus fonctionnels en mai 2011 (PNPEC 2011).

¹¹² <http://www.irinnews.org/fr/ReportFrench.aspx?ReportID=91867>

¹¹³ *Peptalk*, Revue d'informations du Pepfar en Côte d'Ivoire, Juillet 2011, n°15.

Les entreprises privées : déclin, maintien et résilience

A la fin des années 2000, l'intérêt qu'avait pu susciter le VIH/sida s'essouffle. En touchant de plein fouet le secteur privé ivoirien (cf. **Encadré 4**), la crise post-électorale révèle diverses dynamiques qui étaient déjà à l'œuvre. D'une part, elle accélère l'arrêt de certains programmes qui étaient peu ancrés et davantage portés sur l'affichage de leurs actions. Sur les 300 comités sida créés en entreprises, on estime que 80% ne sont plus fonctionnels après la crise¹¹⁴. D'autre part, elle confirme l'engagement de certaines rares entreprises ayant maintenu des activités dans le VIH/sida. Elle favorise par ailleurs le développement de programmes de santé plus larges, prenant en compte d'autres pathologies. Au final, la crise a mis au jour le degré d'institutionnalisation des programmes VIH/sida et la capacité de résilience de certaines entreprises, c'est-à-dire leur capacité d'adaptation face à un choc extérieur.

Encadré 4 Impact économique de la crise ivoirienne

La crise postélectorale a asphyxié l'économie ivoirienne pendant quelques mois : blocage du système bancaire, suspension des activités (notamment des secteurs du bâtiment et travaux publics (BTP), du café-cacao, télécommunications, hydrocarbures, tourisme, etc.) embargo des ports, perte des productions de plantation, pillages et destructions des entreprises, avec des petites et moyennes entreprises (PME) encore plus « étranglées » que les grands groupes¹¹⁵. La sortie de crise et la reprise ont été pour autant fulgurantes. Dès 2012, la Côte d'Ivoire a enregistré des taux de croissance proches de 10%, la plaçant parmi les six pays africains faisant partie du top 10 des pays à forte croissance dans le monde.

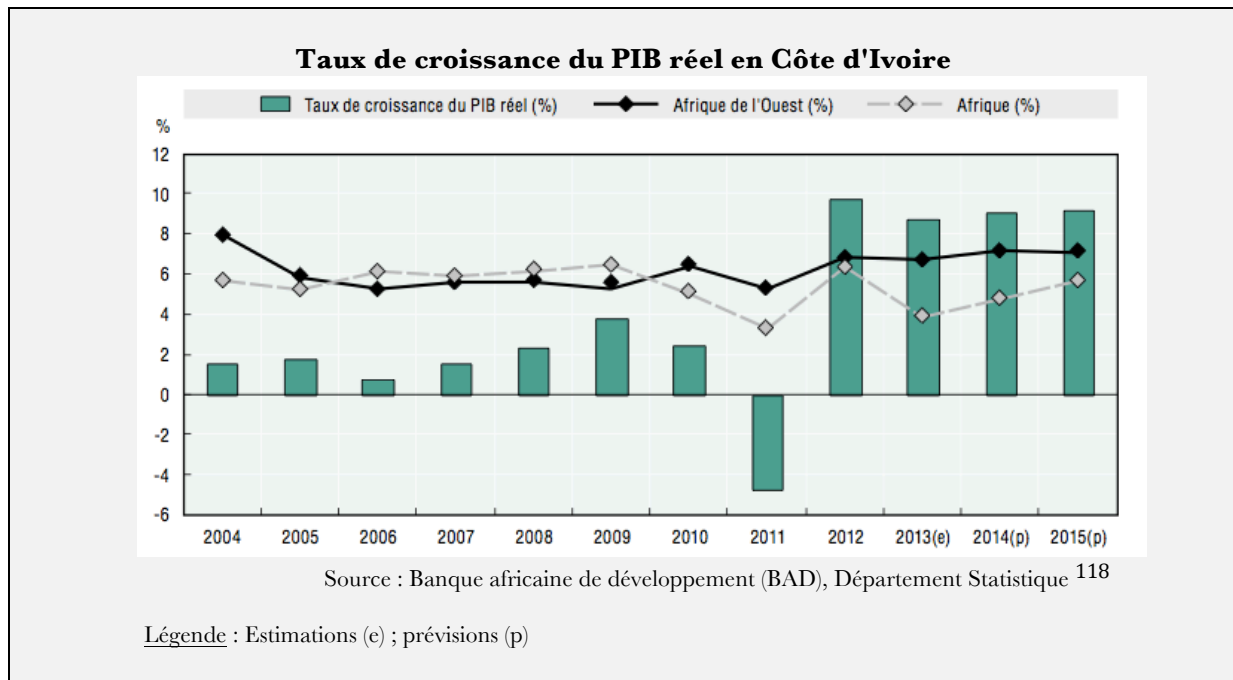
Notamment, son président élu en 2010, Alassane Ouattara, a développé dès sa prise de pouvoir, une politique de grands travaux (logements sociaux, aménagement de la lagune, reprise de la construction du 3^{ème} pont reliant les quartiers de la Riviera et Marcory, développement des routes et autoroutes sur l'ensemble du pays, réhabilitation du chemin de fer Abidjan-Ouagadougou, centrales thermiques, barrages, etc.), via des partenariats publics privés et de larges soutiens trouvés auprès des institutions d'investissements internationales (Banque islamique de développement, Banque africaine de développement, Société financière internationale/Banque mondiale (SFI/BM), etc.) et le retour des investisseurs privés¹¹⁶. La seule SFI estimait ses investissements à 1 milliard de dollars entre 2011 et 2014¹¹⁷. La Côte d'Ivoire a également atteint son point d'achèvement de l'Initiative PPTE (Pays pauvres très endettés) en juin 2013, une initiative lancée par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) lui permettant d'alléger sa dette, passant de 55% (2011) à 28% de son Produit intérieur brut (PIB) (2013).

¹¹⁴ Source : coalition des entreprises de Côte d'Ivoire (CECI).

¹¹⁵ http://www.jeuneafrique.com/Articleimp_ARTJAJA2618p07,
http://www.jeuneafrique.com/Articleimp_ARTJAJA2613p08

¹¹⁶ <http://www.lesafriques.com/cote-d-ivoire/100-investisseurs-etrangers-en-cote-d-ivoire-depuis-la-fin-de-la.html?Itemid=50>

¹¹⁷ <http://news.abidjan.net/h/504041.html>



1.5. Typologie des entreprises privées

Je propose ici une typologie des entreprises privées¹¹⁹, élaborée à partir de deux critères : 1) le moment de la mise en œuvre d'un programme de prise en charge des ARV des entreprises, selon que celui-ci se situe avant ou après la baisse significative du coût des ARV en 2004¹²⁰. Il s'agit respectivement des entreprises que j'ai appelées celles de la « 1^{ère} génération » et celles de la « 2^{ème} génération » ; 2) le contexte urbain et rural des entreprises, renseignant sur la proximité de l'offre de soins publique. J'ai ainsi dégagé quatre catégories d'entreprises au sein desquelles les 30 entreprises de mon échantillon se répartissent: les entreprises de la 1^{ère} génération en milieu urbain (10/30), les entreprises de la 1^{ère} génération en milieu rural (1/30), les entreprises de la 2^{ème} génération en milieu urbain (13/30) et les entreprises de la 2^{ème} génération en milieu rural (6/30) Au sein de chaque catégorie, le degré d'avancement des programmes est hétérogène (cf. **Tableau 7**).

¹¹⁸ http://www.africaneconomicoutlook.org/fileadmin/uploads/aeo/2014/PDF/CN_Long_FR/Cote_divoire_FR.pdf, p.3.

¹¹⁹ Face à la diversité des variables indépendantes, le choix des critères pour élaborer une typologie n'est pas apparu évident au premier abord. Différents « types » étaient en effet possibles. Je pouvais soit regrouper 1) des « types » d'entreprises homogènes, 2) des « types » de programmes, ou 3) des « types » de contextes ayant conduit à leur mise en œuvre. La première option revêtait une portée analytique relativement faible pour le sujet. Si la deuxième option aurait pu servir à distinguer, par exemple, les entreprises inactives, réactives et proactives, j'ai considéré cette approche comme étant trop évaluative, subjective, nécessitant des données difficiles à obtenir de manière systématique, mais surtout, inopérante pour me permettre d'analyser le cœur de ma recherche, à savoir, les interactions entre les entreprises privées et leur environnement.

¹²⁰ Au sein de cette catégorie, je distingue la mise en place officielle des programmes de prévention et la mise en œuvre de mécanismes de prise en charge médicale.

Tableau 7 Typologie des entreprises privées enquêtées (Côte d’Ivoire)

	Entreprises urbaines	Entreprises rurales
« Entreprises 1 ^{ère} génération » (engagées et ayant développé un programme de financement des ARV avant 2004)	10	1
« Entreprises 2 ^{ème} génération » (engagées ou ayant développé des activités de prise en charge après 2004)	13	6

1.6. Bref historique de la mobilisation du secteur privé au Cameroun

De manière générale, la mobilisation dans la lutte contre le VIH/sida des entreprises implantées au Cameroun a suivi les mêmes phases qu’en Côte d’Ivoire : initiatives pionnières à partir de 2000 sous la houlette de l’entreprise Alucam, suivies par quelques entreprises privées (tels que Aes-Sonel, Hévécam, Plateau du Haut Penja) ; apogée de la mobilisation au moment de l’intervention des bailleurs internationaux suivie d’un fort déclin. La mobilisation a cependant divergé par une intensité plus limitée et une institutionnalisation plus fragile. A la différence de la Côte d’Ivoire, qui dispose d’une littérature grise conséquente sur la question (MLS et MSHP Côte d’Ivoire 2007; Kerouedan 2004; MFPE et MLS Côte d’Ivoire 2006), très peu de données existent permettant d’estimer le nombre d’entreprises concernées. Les quelques rapports disponibles concernent des acteurs spécifiques, tels que les petites et moyennes entreprises (PCS 2008), l’entreprise Alucam (Girrbach et Andrianarisata 2003) ou le secteur forestier (PCS 2011; GFBC, GIZ et PCS 2011). La mobilisation du secteur privé au Cameroun sera détaillée au chapitre 6. Dans ce chapitre, je ferai intervenir le cas camerounais, pour en mentionner certaines spécificités (section 2), et pour appuyer mon analyse (section 4).

2. Facteurs de la mobilisation du secteur privé dans le VIH/sida

J'analyserai ici les facteurs de la mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida. En m'appuyant sur le Schéma 2 Logiques externes et internes des stratégies VIH/sida des entreprises privées » (p.89), je propose ici de répondre à une série de questions : dans quelle mesure les entreprises privées ont-elles effectivement mis en place des programmes de lutte contre le VIH/sida pour préserver la santé de leur force de travail à des fins d'optimisation de leur productivité et de leur rentabilité (bioéconomique) ? Dans quelle mesure les programmes VIH/sida ne sont-ils pas issus d'une tradition sociale, voire paternaliste, d'entreprises ayant l'habitude de se substituer à l'État ? Dans quelle mesure l'importance croissante des normes internationales valorisant un engagement éthique et responsable des entreprises a-t-il infiltré le contexte ivoirien et incité les entreprises privées à agir afin d'améliorer leur image (symbolique) ? Les politiques multisectorielles promues par les organisations internationales et appliquées par les autorités étatiques ont-elles influencé la mise en œuvre de ces programmes VIH/sida ?

Cette section se fondera essentiellement sur l'analyse des entretiens effectués avec les acteurs interrogés au sein des entreprises privées (personnel médical et paramédical, membres de la Direction, comités sida), portant sur les raisons qui ont conduit les entreprises à s'engager dans le VIH/sida, complétée par la littérature disponible concernant les années 1990¹²¹.

2.1. Une rationalité bioéconomique limitée

La première démarche consiste à évaluer dans quelle mesure les entreprises privées ont effectivement mis en place des programmes VIH/sida pour préserver leur « capital humain ». L'hypothèse selon laquelle la préservation de leur capital humain est effectivement au fondement de leur démarche suppose que les entreprises privées répondent de manière rationnelle au problème du VIH/sida perçu, voire évalué, comme une menace directe pour leur santé financière. Cela suppose également que la réponse dépend des caractéristiques structurelles de l'entreprise et du niveau de séroprévalence de ses employés. Ainsi, les

¹²¹ Certains éléments de l'ouvrage *Enquête en Côte d'Ivoire, Sida et entreprises* (1994), une enquête effectuée par le réseau Sidalerte et menée par Evelyne Chevalier pourront soutenir ou étayer l'analyse du contexte des réponses des entreprises face au VIH/sida dans les années 1990 (Chevalier 1995) ; ainsi que les travaux de Laurent Aventin et Séri Dédy et Gozé Tapé (Aventin 1997; Aventin 1996b; Aventin 1998; Dédy et Tapé 1995).

grandes entreprises privées qui présentent un effectif d'employés important dans un contexte touché par une forte épidémie, auraient une probabilité plus forte d'atteindre une masse critique d'individus infectés par le VIH/sida et de susciter des stratégies afin de protéger la santé de leurs employés.

En Côte d'Ivoire, ce sont généralement les entreprises du secteur industriel, avec une masse salariale relativement importante pour le pays (supérieure à 1000 employés), et dont les activités étaient concentrées à Abidjan, qui ont été les entreprises pionnières dans la mise en œuvre de programmes d'accès aux ARV (CIE, Sodéci, Filtisac, Unilever, Nestlé, Uniwax). Effectivement, c'est dans sa capitale économique que l'épidémie s'est longtemps concentrée, avec une prévalence estimée entre 8,5 – 12% en 1995 (Buvé, Bishikwabo-Nsarhaza et Mutangadura 2002). Les entreprises agro-alimentaires, implantées dans des zones rurales enclavées, étaient probablement confrontées de manière moins forte à ce problème au début de l'épidémie¹²². De la même manière, à Abidjan, les petites et moyennes entreprises (PME) et les grandes entreprises qui emploient peu d'individus (banques, télécommunications, pétrole) enregistraient moins de cas et se sont investies moins rapidement, en dépit de quelques contre-exemples (Shell-CI). Cependant, si les facteurs liés à la situation géographique et à la taille de l'entreprise sont des facteurs qui aident à comprendre les types d'entreprises ayant implanté un programme VIH/sida, ils ne sont pas suffisants pour conclure à une relation de causalité directe.

En Côte d'Ivoire, l'analyse des entretiens a révélé que la part des déterminants « bioéconomiques » était limitée dans le choix de mettre en œuvre des programmes VIH/sida. D'une part, le problème de morbidité des employés liée au VIH/sida a rarement été identifié comme un facteur déclencheur des actions. D'autre part, le problème de productivité en est absent. Par exemple, un ancien membre de la Direction de l'entreprise n°11¹²³, une entreprise pionnière dans le VIH/sida qui emploie 1600 salariés - et qui était présent au moment de la mise sur pied du programme en 1997 - soulignait qu'à la différence du paludisme, le VIH/sida n'était pas identifié comme un problème de productivité par la Direction générale lorsque celle-ci a décidé de s'engager. Pour les autres entreprises pionnières qui se sont engagées dans

¹²² Très peu d'études fiables existent sur la prévalence en milieu rural avant l'EIS de 2005. Une enquête nationale de 1989, effectuée auprès de 5000 personnes dans toute la Côte d'Ivoire (sauf à Abidjan) évalue le taux de prévalence en zone urbaine à 7,3% et en zone rurale à 4,3%.

¹²³ Entretien non enregistré.

l'accès aux ARV à cette époque (entreprises 1^{ère} génération), l'élaboration et le choix de cette stratégie ont davantage été issus des membres de la Direction que du personnel médical.

Rares sont les entreprises privées qui auraient pris la décision d'instaurer une politique systématisée de prise en charge du VIH/sida et d'accès aux ARV afin de répondre à un problème émanant du terrain, identifié par le personnel médical, et relayé à la Direction de l'entreprise. Pour les médecins qui faisaient face à ce problème, leur position marginale au sein de leur entreprise freinait leur capacité à mobiliser leur direction sur ce sujet¹²⁴. Seuls, ces médecins n'avaient ni la légitimité, ni la capacité de mettre en œuvre un programme systématique d'accès aux ARV, ni les arguments pour convaincre leur Direction d'« investir » dans le VIH/sida. L'entreprise n°8 représente à cet égard un cas exceptionnel par rapport aux entreprises enquêtées, dans la manière dont les considérations médicales ont été à la base de l'instauration de stratégies pionnières. Au sein de cette entreprise industrielle de 1700 employés, les médecins ont identifié une masse critique d'employés infectés, qui les ont enjoint à organiser un système de prise en charge. Un de ses médecins témoignait :

« Comment ont été intégrées les activités VIH/sida au sein du pôle médical de l'entreprise ?

Médecin : A l'origine, ce sont les patients, ... ils viennent pour une prise en charge médicale... donc on les recevait, on les traitait, et quand on a compris qu'il y avait une proportion de patients VIH, on a mis une plateforme de collaboration avec le SMIT (ndlr : Service des maladies infectieuses de Treichville) et donc nous, on recensait les patients et on les adressait au SMIT, et on avait un point focal ici qui était le Dr (x), qui faisait l'interface » (Médecin entreprise 8)

Les médecins de l'entreprise se sont ainsi tournés vers une structure de santé publique (le SMIT) dont le soutien leur a permis de convaincre la Direction de créer un « fonds sida » en 2001 et de financer les ARV.¹²⁵ Les structures de santé extérieures, telles que le SMIT et le Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan (CIRBA) du Dr Henri Chenal, ont joué un rôle déterminant dans l'identification du problème du VIH/sida comme d'un problème de rentabilité économique ainsi que dans l'identification de la stratégie des ARV comme d'une réponse coût bénéfice. L'étude conduite par le Professeur Serge Eholié (SMIT) auprès de la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) a fourni un modèle économique des coûts et des avantages financiers qu'avait une entreprise à mettre en place une stratégie de financement des ARV plutôt que de s'abstenir d'agir dans un contexte de prix élevés. Plus spécifiquement, elle a montré que la mise sous traitement de 74 employés, en deux ans, avait permis de générer une diminution significative des hospitalisations (81%), de l'absentéisme (94%), des décès relatifs au VIH/sida (58%), ainsi que des nouveaux cas de VIH/sida (78%) pour des

¹²⁴ Cf Chapitre 7 pour l'analyse du positionnement du médecin au sein de son entreprise.

coûts comparativement trois fois plus avantageux (Eholié et al. 2003). L'équipe du SMIT a ainsi diffusé et appliqué ce modèle aux autres entreprises auxquelles elle proposait de mettre en œuvre un programme. Ce sont donc des analyses de santé publique, extérieures aux entreprises qui ont déterminé dans la majorité des cas précédents, l'adhésion des entreprises à l'idée d'investir financièrement pour la prise en charge des patients infectés.

Par ailleurs, l'identification de cette pathologie dépendait également de la présence et des compétences d'un médecin (ce qui était loin d'être généralisé) et notamment de sa capacité à diagnostiquer des cas. A l'époque, si rares étaient les médecins formés au VIH/sida dans le système public national, exceptionnels étaient ceux qui exerçaient dans le secteur privé. Le cas exceptionnel du médecin de l'entreprise n°11 témoigne de ce manque d'expertise médicale générale au sein des entreprises de l'époque. En effet, ce médecin a la spécificité d'être spécialiste du VIH/sida. Après avoir suivi une formation au Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT), il a été engagé comme médecin de l'entreprise n°11 en 2001. Cette entreprise de 1600 employés, avait initié un programme de prévention, dès la fin des années 1990, sous l'impulsion de sa Direction générale, alors que l'entreprise ne disposait pas encore d'un service médical. La spécialisation de ce médecin dans le VIH/sida avait dès lors joué à son avantage dans le processus de recrutement, dans la mesure où les directives de la Direction générale pressaient la dynamisation de leur programme Sida qui n'existait alors que de nom. Ainsi, se souvenant de ses premiers pas dans l'entreprise, il déclarait :

« Donc moi, quand je suis arrivé, avec ma culture VIH/sida, j'avais commencé à faire des diagnostics des malades, mais avant cela, personne n'avait parlé de ça ! » (Médecin Entreprise 11)

En mettant en perspective l'expérience de la Côte d'Ivoire avec le cas des entreprises privées d'Afrique australe, il est intéressant de constater que, même dans leur contexte extrême (hyper-endémie, masse salariale très importante), la réponse des traitements ARV au problème du VIH/sida n'a pas été linéaire. Le cas de la compagnie minière du Botswana, la *Debswana Mining Company* invite à relativiser plus largement la manière dont les facteurs bioéconomiques ont pesé sur le choix des entreprises à initier des programmes VIH/sida (cf. **Encadré 5**).

Encadré 5 Étude de cas : la *Debswana* au Botswana. Un programme ARV en dépit d'analyses économiques défavorables

En 1999, la *Debswana*, une entreprise minière employant 6000 employés au Botswana, commence à analyser rigoureusement l'impact du VIH/sida sur la morbidité et la mortalité de ses employés. Elle estime ainsi que 75% des absences et la moitié des décès des employés sont liés au VIH/sida. Face à ce constat, elle décide de mettre en place une étude de prévalence, afin d'étudier les différentes possibilités qui s'offrent à elles. Celle-ci estime à 28% la proportion de ses employés infectés par le VIH/sida, corroborant les estimations nationales.

Au terme de cette étude, les stratégies de dépistage à l'embauche sont maintenues comme une stratégie économiquement efficace. Dans l'étude de cas retraçant l'historique de la *Debswana* dans l'accès aux ARV, l'Onusida affirme en 2002 (Onusida 2002) :

« Bien que le premier objectif de l'étude de prévalence ait été d'envisager la faisabilité de la fourniture d'un traitement antirétroviral, il est évident que celui-ci n'a jamais été considéré comme la seule solution. La société a étudié un certain nombre de stratégies de réduction des risques et lorsqu'elle a examiné les résultats de l'étude de prévalence, le taux de 27,6% découvert parmi les travailleurs qualifiés a mis en évidence la nécessité d'instituer un dépistage du VIH chez les candidats au parrainage et à l'apprentissage » (Onusida 2002)

La forte prévalence observée justifiait indiscutablement l'efficacité d'une stratégie de dépistage à l'embauche, aussi bien pour la santé financière de l'entreprise, que pour des questions de santé publique. L'étude ajoute :

« Outre la protection de l'investissement de la société, cette politique est considérée comme un moyen pour inciter les jeunes à rester non infectés » (Onusida 2002)

Dans l'attente de données plus probantes sur l'intérêt financier des stratégies d'accès aux ARV, l'entreprise décide donc, dans un premier temps, de mener une politique de dépistage discriminatoire à l'embauche. Afin de compléter ces éléments, l'entreprise commande en 2000, un audit institutionnel global. Or, celui-ci ne conclut pas au caractère coût-bénéfices d'une stratégie de financement des ARV. Malgré cela, elle recommande de manière paradoxale (sans détailler les raisons), sa mise en place. En effet, le coût des ARV, évalué entre 10,7% et 11,9% de la masse salariale, est estimé trop élevé. L'entreprise s'engage pourtant dans cette voie à partir de mai 2001, finançant 90% des ARV et laissant les 10% restants à la charge des employés. Elle affiche notamment son objectif de « devenir une référence mondiale dans la lutte contre le VIH/sida dans le milieu du travail » et esquisse l'importance d'autres facteurs qui pourraient déclencher le choix des entreprises.

La rationalité bioéconomique n'a donc pas constitué le facteur déclencheur des programmes VIH/sida en entreprises. Bien que les médecins se situent en première ligne pour évaluer l'impact de la maladie sur le capital humain de l'entreprise, ils ont généralement joué un rôle secondaire dans le processus décisionnel. D'autres logiques s'y sont articulées.

2.2. Les politiques multisectorielles : un impact restreint

L'impact direct des politiques multisectorielles constitue un facteur qui est très peu ressorti des entretiens, en dépit de certains projets financés par des organisations internationales en direction du secteur privé. Au sein des entreprises privées, la création de « cellules focales » (ou « comités sida ») chargées de la prévention a été l'approche privilégiée, d'abord par la

Banque mondiale¹²⁶ à la fin des années 1990, puis par le Fonds mondial¹²⁷. Selon le Ministère, 242 cellules focales avaient été créées en 2010¹²⁸. Pour autant, une seule fois un médecin a fait mention de ces politiques multisectorielles promues par les organisations internationales. Cette référence ne signifiait pas cependant une identification de l'origine de leur programme ; le médecin en question a mentionné les politiques multisectorielles pour évoquer le climat général que généraient ces politiques (médecin de l'entreprise n°29). Si des entreprises ont été incluses dans le cadre de ces projets financés par les bailleurs de fonds, aucune des 30 entreprises de mon échantillon n'a identifié ces projets comme étant la cause de la mise en œuvre de leur programme VIH/sida. Il est à noter que ces projets ont essentiellement concerné le volet prévention, et non la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH, relativisant dès lors leur possibilité de soutenir des logiques « bioéconomiques » des entreprises privées. Du côté des autorités étatiques, malgré l'adoption de cadres formels incluant le secteur privé, et en dehors des programmes multisectoriels dont elles étaient des parties prenantes, aucune mesure incitative ou contraignante n'a été mise en œuvre en direction du secteur privé, qui aurait été un facteur d'engagement des entreprises privées.

Sur ce point, le Cameroun présente une spécificité. La Banque mondiale a en effet octroyé directement des financements à 49 entreprises à travers ses fonds MAP (Programme multi-pays VIH/sida), *via* des conventions unissant le Comité national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) et 49 entreprises (2001-2006), galvanisant alors les activités de sensibilisation au sein du secteur privé.

Bien que ne faisant pas directement partie des politiques multisectorielles de lutte contre le VIH/sida, une autre forme d'outil a fait pression sur certaines entreprises, tels des prêts concessionnels octroyés par certaines organisations internationales (Société financière

¹²⁶ A la fin des années 1990, la Banque mondiale a été le fer de lance de l'approche multisectorielle, en promouvant la mise en place de « cellules focales VIH/sida » dans chaque Ministère, qui avaient en charge l'organisation de la prévention (sensibilisation, création comités sida), dans les entreprises de son secteur. Les anciennes (ou actuelles) entreprises parapubliques étaient dès lors prioritairement visées. Par exemple, au sein du Ministère des transports, des actions ont ainsi été menées auprès de la SITARAIL (Trains), du PAA (Port), de la SOTRA (bus) ou de la SODEXAM (aéroport et aéronautique). Dans le cadre de son Programme d'urgence multisectoriel de lutte contre le VIH/sida (PUMLS), la Banque mondiale a créé des comités sidas au sein de 50 entreprises privées.

¹²⁷ Dans le cadre de la phase 1 du *Round 2* du Fonds mondial, Le Programme national des nations unies pour le développement (PNUD) a appuyé la Coalition des grandes entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI) pour la création de 172 comités ainsi que l'Union générale des travailleurs de Côte d'Ivoire (UGTCI) pour la formation de travailleurs. Dans le cadre de sa phase 2, 120 cellules ont été redynamisées avec le soutien de l'ONG *Care*. (Projet Oasis, 2007).

¹²⁸ Et 300 selon la Coalition des entreprises (CECI).

internationale (SFI) de la Banque mondiale, la coopération allemande (DEG¹²⁹), hollandaise (FMO¹³⁰) ou française (Proparco¹³¹). Ils soumettent l'emprunteur à des conditionnalités favorisant généralement la Responsabilité sociale des entreprises (RSE) et des mesures de santé et sécurité au travail, au sein desquelles une composante VIH/sida a pu être intégrée. En Côte d'Ivoire, c'est le cas de l'entreprise n°21, une entreprise minière multinationale, qui a mis en place un projet de sensibilisation (se résumant à la distribution de préservatifs), suite à un partenariat contracté avec la SFI de la Banque mondiale. Au Cameroun, l'entreprise E, une entreprise de travaux publics, s'est vue imposer la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH dans le cadre de l'obtention de marchés publics mis en œuvre par le Ministère des marchés publics.

L'analyse de ces politiques multisectorielles en direction du secteur privé sera développée dans le chapitre 5.

2.3. Le VIH/sida : un enjeu foncièrement social

Les enjeux sociaux autour de l'objet du VIH/sida sont ressortis comme un facteur déterminant dans l'initiation de mesures de prévention comme de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH. Ces enjeux se sont manifestés de différentes manières.

Pallier l'« épidémie sociale »

Aux débuts de l'épidémie, l'enquête d'Evelyne Chevalier (Chevalier 1995) soulignait combien les premières mesures de prévention et de soins des entreprises privées étaient initiées selon des considérations sociales. Par exemple, lors d'un entretien effectué par le réseau *Sidalerte* en 1995, le PDG du groupe IPS/Filtisac, Mr Sidi, expliquait son engagement dans le VIH au début des années 1990 :

« J'avoue que nous n'avons pas jusqu'ici mené d'étude d'impact du SIDA sur la main d'œuvre de FILTISAC, ni procédé à une quelconque prévision de ce qui se passera dans un avenir proche. En fait, nous agissons parce que nous ne pouvons pas laisser les gens souffrir chez nous. Je suis bouleversé par ce que me raconte Mme Malan, la Directrice des ressources humaines de notre société, quand

¹²⁹ *Deutsche Investitions und Entwicklungsgesellschaft* (Société allemande d'investissement et de développement).

¹³⁰ Netherlands Development Finance Company.

¹³¹ Promotion et participation pour la coopération économique, filiale de l'Agence française de développement (AFD).

elle revient du CHU où elle accompagne Mr Diallo (le médecin de l'entreprise) » (Chevalier 1995, 38-39)

Le PDG de cette entreprise utilise ainsi un mode de justification compassionnel, voire paternaliste dans le sens où l'employeur se tient pour rôle de protéger ses employés, tel un berger protège ses brebis, suivant la définition foucauldienne du pastoralisme¹³² (Foucault 1994a).

Dès le départ, le VIH/sida n'a pas constitué un problème de santé « comme les autres » : en raison du climat social de peur qui l'entourait, il bénéficiait d'une attention particulière et d'une visibilité accrue. Malgré l'espoir suscité par la découverte des ARV à la fin des années 1990, le contexte de stigmatisation ou plus simplement l'appréhension et les incertitudes qui concernaient le VIH/sida depuis les années 1990, ses sont prolongées au début des années 2000.

La représentation dramatique du VIH/sida a été accentuée par deux phénomènes. En premier lieu, en raison de sa forte visibilité et par sa rapide issue létale en l'absence de traitement. Par exemple, au sein d'une entreprise de seulement 250 employés, un Directeur des ressources humaines (DRH) témoignait ainsi de la force des sentiments que provoquaient les individus infectés par le VIH/sida :

« Maintenant ça va. Mais avant ça faisait peur ! Comme je vous ai dit, j'ai vu des employés se dégrader, je passais les voir à l'hôpital, et tout de suite j'ai compris que c'était de ça qu'ils souffraient. Vous prenez un gars qui est costaud, et vous le trouvez...en 2-3 mois ». (DRH Entreprise 25)

Dès lors, le caractère visible et impressionnant de la maladie a pu susciter l'intérêt direct des membres de la Direction. Il explique en partie pourquoi les médecins n'ont que peu été en première ligne dans le choix de mettre en œuvre des stratégies VIH/sida, choix pouvant découler de la fibre sociale des membres de la Direction, s'impliquant directement dans la gestion privée de la santé de ses employés.

En second lieu, en raison du contexte où les statistiques nationales de séroprévalence avaient tendance à être surestimées et à alimenter cette inquiétude collective. De manière récurrente, les acteurs justifient leurs programmes en faisant référence aux « statistiques nationales », qualifiées parfois d' « alarmantes », aux projections catastrophiques ou à des considérations

¹³² Selon Michel Foucault, « le pouvoir pastoral a pour soin et tâche principale de ne veiller au salut de tous qu'en prenant en charge chaque élément particulier, chaque brebis du troupeau, chaque individu ».

générales portant sur le VIH/sida. Par exemple, à propos du contexte du début des années 2000, un médecin d'entreprise déclarait :

« C'était à l'époque, vraiment boosté, encouragé, vu l'ampleur des statistiques et du phénomène du VIH/sida, mais aussi vu, si on faisait rien, l'avenir sombre sur le secteur de l'entreprise, la productivité. Donc toutes les entreprises étaient invitées... étaient encouragées en tous cas, à initier des programmes de lutte contre le VIH/sida en leur sein ». (Médecin entreprise 29)

Ce mode de justification témoigne, d'une part, de l'influence du climat social sur la perception du problème du VIH/sida au sein de l'entreprise. D'autre part, c'est une illustration de la manière dont les programmes n'ont généralement pas tant été fondés sur des données objectives et empiriques reliées à l'expérience des individus au sein de leur entreprise, que sur des démonstrations ou des considérations générales extérieures.

En effet, alors qu'en 2000, on estimait à 12,5% le taux de prévalence national, l'Onusida a revu à la baisse, rétrospectivement, ce chiffre à 6,6% pour cette même année, en utilisant des méthodes de mesure de la prévalence réajustées¹³³. En effet, en raison de difficultés méthodologiques, l'épidémie du VIH/sida a longtemps été sur-estimée en Côte d'Ivoire (cf. **Encadré 6**).

Encadré 6 La difficile mesure de l'épidémie du VIH/sida

Les estimations des prévalences nationales de l'infection à VIH/sida ont fait l'objet de nombreuses réévaluations, liées à l'affinage progressif des méthodes de calcul (Larmarange 2009). En Afrique subsaharienne, les premières études de prévalence sont effectuées sur les principes de la surveillance sentinelle, c'est-à-dire en suivant l'épidémie à partir d'un groupe choisi, afin d'évaluer la tendance de l'épidémie. Pour le VIH/sida, le groupe des femmes enceintes est privilégié, dans le cadre de leur suivi prénatal. C'est ainsi qu'en Côte d'Ivoire, les premières enquêtes effectuées à Abidjan, donnent des estimations suivantes : 3% (1986), 2,6-7% (1987), 5,5% (1989), 4-9,6% (1990), 10% (1991), 9-13,5% (1992), 8,2-12% (1995)¹³⁴. En suivant des réajustements, en fonction de la fertilité et de l'âge des femmes, le taux est estimé à 12,5% entre 1995-1997 (Desgrées du Loû et al. 1999). Toujours en suivant cette méthode sentinelle, les rapports de l'Onusida ont ensuite évalué les taux de prévalence à 11% (2001) (Msellati, Vidal et Moatti 2001), 9,7% (2002) et 7% (2004)¹³⁵. Dans la mesure où la prévalence réelle évolue en même temps que les méthodes de mesures, il est très difficile de comparer l'évolution de l'épidémie à partir de plusieurs sources. En effet, de nombreux biais peuvent fausser les estimations basées sur la surveillance sentinelle des consultations prénatales : elles ne sont basées que sur les femmes, or les hommes sont moins touchés par l'épidémie en Afrique ; elles portent sur la population des femmes enceintes, plus jeune que la population générale, et où les femmes séropositives sont moins représentées car le VIH peut diminuer la fertilité, enfin elles ne concernent que des populations urbaines et certains sites.

A partir des années 2000, les premières enquêtes de prévalence du VIH en population générale, plus coûteuses, plus complexes, mais également plus précises, sont effectuées en Afrique subsaharienne. En Côte d'Ivoire, la première grande enquête d'envergure nationale, l'Enquête indicateurs sida (EIS), est élaborée en 2005, auprès de 8436 personnes, donnant une prévalence totale de 4,7%. Plus récemment, une deuxième enquête est menée lors de l'EDS 2012 (Enquête démographique et de

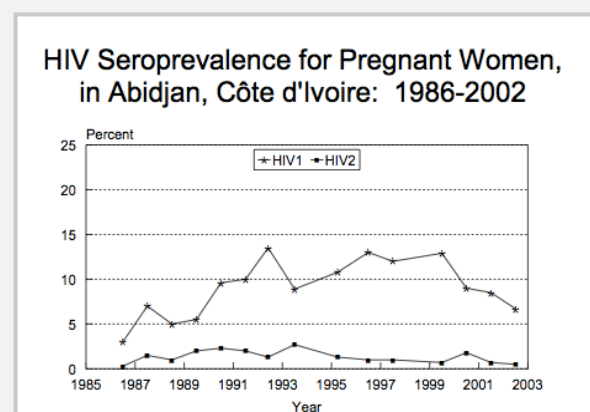
¹³³ <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

¹³⁴ (Buvé, Bishikwabo-Nsarhaza et Mutangadura 2002).

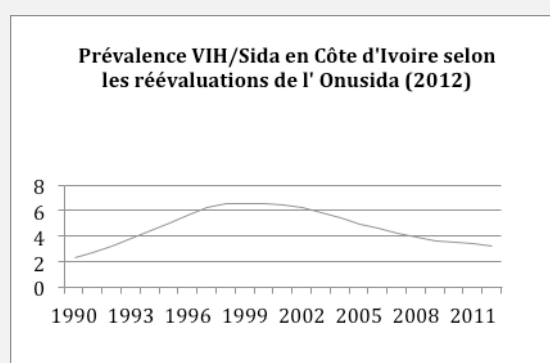
¹³⁵ <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

santé), auprès de 8560 personnes, estimant à 3,7% le taux de prévalence national. C'est ainsi que l'Onusida, qui réévalue à chaque nouveau rapport toutes ses estimations antérieures en fonction des nouvelles techniques affinées, a revu à la baisse ses estimations passées. Par exemple, en 1997, il divise de moitié le taux anciennement évalué à 12,5%, avec une prévalence calculée à 6,2%¹³⁶. Le pic des années 1999-2000 qui estimait la prévalence à 10-11%, voire à 14% à Abidjan, a été réévalué par l'Onusida à 6,6%.

A l'époque, de nombreuses études épidémiologiques étaient élaborées en complément, auprès de certains groupes identifiés « à risques », et qui donnaient des prévalences très élevées, comme chez les travailleuses du sexe (près de 50% entre 1992 et 1998) (Ghys et al. 2002), les tuberculeux (43% en 1994-1996) (Abouya et al. 1998), les nouveaux donneurs de sang (11%) (Savarit et al. 1992), les patients traités pour MST (21%) (Diallo et al. 1992). Ces études partielles, conjuguées à la sur-estimation générale de l'épidémie contribuent à alimenter le contexte de panique lié au VIH/sida.



Source : United States Census Bureau 2008¹³⁷



Source : Onusida 2012¹³⁸

La difficile mesure de la prévalence du VIH/sida en entreprises

Au sein des entreprises privées, les études de prévalence ont rencontré des difficultés méthodologiques spécifiques, relatives à l'hypersensibilité du sujet et à la finalité douteuse, d'un point de vue éthique, d'une étude qui serait faite de manière systématique. Rien que pour la mise en place d'études d'impact, certains chercheurs ont relaté leurs difficultés méthodologiques à accéder aux données et aux témoignages des employés (Chevalier 1995).

Dans les années 1990, Laurent Aventin a analysé les coûts relatifs au VIH/sida dans certaines entreprises d'Abidjan, se fondant sur des estimations de quelques entreprises, donnant des résultats extrêmement variables (Aventin 1998). Au sein des 3 firmes qui ont fait l'objet de ses enquêtes, les taux étaient relativement bas : entre 1,1% (grande entreprise de filature de 1150 employés), 1,9% (grande entreprise agro-alimentaire de 275 employés), et 3,4% (PME d'emballage carton de 83 employés). Par ailleurs, dans le cadre de sa thèse, Laurent Aventin cite d'autres enquêtes systématiques, qui avaient été faites à l'insu des employés dans de grandes plantations et donnant des taux de 28% (1000 employés) ou de 25% (800 employés). En l'absence de données plus importantes sur le contexte de ces enquêtes, il est difficile d'évaluer leur fiabilité. Cependant, la présence de taux aussi élevés en zone rurale est questionnable.

Jusqu'à l'EIS de 2005, il est difficile d'identifier les prévalences en zone rurale. Cependant, toutes les enquêtes effectuées au niveau national ont estimé une prévalence plus faible en zone rurale qu'en zone urbaine : une grande enquête nationale en 1989, effectuée auprès de 5000 personnes dans toute la Côte d'Ivoire (sauf à Abidjan) évalue le taux de prévalence en zone urbaine à 7,3% et en zone rurale à 4,3%, tandis que les estimations de l'EIS donnent un rapport de 5,4%/4,1% (2005) et de l'EDS 4,3%/3,1% (2012).

¹³⁶ <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

¹³⁷ <https://www.census.gov/population/international/files/hiv/cotedivoire08.pdf>

¹³⁸ <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

Aujourd'hui encore, les estimations de prévalence effectuées par les entreprises privées comportent de nombreux biais, qu'elles se basent sur des campagnes de dépistage volontaire lors de campagnes ponctuelles, sur un dépistage proposé systématiquement lors des visites médicales annuelles, ou sur un dépistage symptomatique au sein du centre médical. Les taux de prévalence communiqués peuvent en réalité représenter des taux de personnes infectées sur le nombre d'employés testés, ou alors, le taux d'employés dont leur séropositivité est connue sur le nombre total d'employés.

Dans la continuité de la tradition sociale des entreprises privées

La manière dont s'est organisée la gestion du VIH/sida au sein de certaines entreprises pionnières dans la lutte est révélatrice de l'approche avant tout sociale qu'a revêtu la gestion du VIH/sida. En effet, une poignée d'entreprises a mis en place un « fonds de solidarité Sida » (ou « fonds sida ») afin de financer les ARV de leurs employés infectés, généralement financés à part égale entre l'employeur et les employés. Ces mécanismes n'étaient pas inédits. Par exemple, avant l'avènement de la pandémie du sida, la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) avait déjà développé une approche sociale dans la gestion de ses salariés. Son PDG Marcel Zadi Kessy avait mis en place, dès son arrivée, divers avantages : le « fonds de solidarité » (1991) destiné à soutenir les employés au cours des événements heureux et malheureux de leur vie¹³⁹, le fonds commun de placement¹⁴⁰, l'assurance maladie des retraités¹⁴¹, la mutuelle d'épargne¹⁴², le fonds épargne logement ou l'assurance maladie¹⁴³. Le programme VIH/sida s'est inscrit dans cette tradition sociale. La création du « fonds sida » sur le modèle direct du fonds de solidarité témoigne de cette filiation directe de la prise en charge du VIH/sida avec la tradition sociale des entreprises privées.

De plus, le VIH/sida se manifeste comme un vecteur de la transformation d'une gestion de la santé de type paternaliste (et sociale) en une gestion à tendance néolibérale (et bioéconomique), selon une articulation hybride de ces deux modèles. Par exemple, l'un des médecins de la CIE que j'ai rencontré justifiait la création de leur programme en mobilisant,

¹³⁹ A savoir les naissances, mariages, décès d'un agent, décès du conjoint d'un agent, décès d'un enfant légitime ou déclaré, décès de parents, retraites et maladies au-delà du temps légal de prise en charge.

¹⁴⁰ Un portefeuille de valeurs mobilières qui permet aux employés de participer au capital de l'entreprise à hauteur de 5%.

¹⁴¹ Couverture maladie du retraité jusque la fin de sa vie, financée par la participation de l'entreprise et les employés actifs, suivant le principe de solidarité entre et retraités.

¹⁴² Destinée à gérer une caisse d'épargne et de crédit au profit des travailleurs, afin de favoriser leur pratique de l'épargne.

¹⁴³ L'assurance maladie couvre les agents et leurs famille, selon des taux variables entre 80% (consultations - visites, pharmacie, analyses, soins dentaires, prothèses dentaires, ophtalmologie, kinésithérapie, maternité) 90% (hospitalisation) et 100% (frais d'hébergement de la chambre avec plafond, accouchement). Les taux de couvertures sont similaires entre les cadres, agents de maîtrise et employés. Le mode de remboursement diverge entre les cadres (système de paiement direct) et les autres (tiers payant).

dans son discours, autant des éléments économiques de la théorie du capital humain (qualification de la main d'œuvre, désorganisation de la production, viabilité du régime d'assurance maladie), que des éléments liés à la solidarité communautaire, identifiée comme un élément caractéristique du contexte africain. Ainsi, dans son programme VIH/sida, la CIE a tenté une réconciliation des principes néolibéraux (capital humain) et de son contexte social. On pourrait identifier cette synthèse comme une tentative de définition d'une « approche africaine de la théorie du capital humain ». L'individu n'y est pas conçu comme une entité auto-suffisante et rationnelle (un *homo economicus*), mais comme un individu vivant constamment au cœur d'un réseau de solidarités communautaires. Ce programme VIH/sida s'intègre pleinement dans la culture de l'entreprise qui cherche à réconcilier ces deux approches. La *Charte de la politique managériale* de la CIE, constituée d'un ensemble de 12 valeurs, appelle à respecter dans ses articles 1 et 2 : « I. Les hommes, parce qu'ils sont la force vive de l'entreprise » et « II. L'esprit de famille, parce qu'il est le reflet de la solidarité africaine et le gage de la cohésion au sein de l'entreprise » (cf. annexe).

2.4. L'essor des facteurs symboliques

Les programmes VIH/sida ont également permis aux entreprises d'améliorer leur image et leur positionnement vis-à-vis des acteurs extérieurs. Je distinguerai ici la manière dont les facteurs symboliques ont joué au niveau local et au niveau global.

Affirmation d'un *leadership* : du local au
global

Je propose ici de continuer l'analyse de la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE), dans la mesure où son exemple a profondément marqué la mobilisation du secteur privé ivoirien dans la lutte contre le VIH/sida, notamment par l'engagement de son Président Directeur Général (PDG), Marcel Zadi Kessy. Celui-ci est une figure influente du secteur privé ivoirien : PDG de la CIE et de la SODECI, il est également l'ancien Président du Conseil national du patronat ivoirien (1993 – 1998). Marcel Zadi Kessy a œuvré pour développer le rayonnement de son entreprise, et au-delà, promouvoir un modèle africain de l'entreprise moderne. Sa vision est présentée dans l'ouvrage *Culture africaine et gestion de l'entreprise moderne*

(Kessi 1998). Selon la Directrice des ressources humaines que j'ai rencontrée¹⁴⁴, le VIH/sida était peu visible à l'époque dans l'entreprise et c'est le PDG lui-même qui est allé aux devants des médecins afin de les sensibiliser à cette cause. Son but était que la CIE devienne une entreprise modèle et incite d'autres à s'engager sur ce chemin, selon la devise: « supporter la vie et non cotiser pour la mort ».

La rencontre de Marcel Zadi Kessy avec un autre « visionnaire », le Pr Serge Eholié, a été déterminante dans la manière dont ce programme d'accès aux ARV s'est mis en place de manière aussi précoce (1999). Médecin au Service des maladies infectieuses (SMIT), le Pr Serge Eholié (à l'époque Docteur) est un médecin « multi-positionné » dans les réseaux scientifiques internationaux qui a rapidement perçu le potentiel des entreprises privées comme une voie privilégiée pour étendre l'accès national et international des ARV en Côte d'Ivoire, ainsi qu'en Afrique subsaharienne. L'impulsion du Pr Serge Eholié a permis d'élaborer la définition stratégique des traitements ARV, de l'accompagner dans sa mise en œuvre et de la valoriser en tant qu'étude scientifique. L'étude *Antiretroviral treatment can be cost-saving for industry and life-saving for workers: a case study from Côte d'Ivoire's private sector* (Eholié et al. 2003) a conféré à la CIE une forte visibilité au sein des « forums » scientifiques internationaux (publications, conférences¹⁴⁵), ce qui a facilité sa valorisation en tant que modèle de « bonnes pratiques » auprès des forums d'action publique mondiaux¹⁴⁶. Leur expérience a également été relayée auprès de l'opinion publique via les médias internationaux¹⁴⁷.

L'exemple de la CIE a ainsi mis en exergue le potentiel de valorisation du capital symbolique d'une entreprise, grâce à la mise en œuvre de programmes VIH/sida. Elle a également profondément agi sur la transformation du cadre cognitif global qui définissait le rapport de l'entreprise au VIH/sida dans la société. Elle a montré qu'il était possible de se libérer du poids historique des pratiques de discrimination, et d'opérer une forme de transmutation en devenant un *modèle* sociétal d'envergure nationale et internationale.

¹⁴⁴ Entretien le 13 avril 2013.

¹⁴⁵ 2^{ème} Conférence de la Société internationale sur le sida (IAS) à Paris, 13 – 17 juillet 2003.

¹⁴⁶ Voir : (OIT 2002; Kerouedan 2004; VERITAS, WEF et ONUSIDA 2004; GTZ et GBC 2005).

¹⁴⁷ Voir notamment *L'Humanité*, « Ces entreprises qui luttent contre le sida », le 6 juillet 2002 (<http://www.humanite.fr/node/268140>) ; *RFI*, « Sida. Combattre le virus au travail », http://www1.rfi.fr/actufr/articles/047/article_25193.asp, le 30 novembre 2003 ; *Jeune Afrique*, « Guide du VIH en entreprises », <http://www.jeuneafrique.com/Article/LIN08077guideesirpe0/actualite-afriqueguide-du-vih-en-entreprise.html>, le 9 juillet 2007 ; *Le Devoir*, « Congrès sur le VIH/sida – l'accès aux traitements, enjeu phare pour les chercheurs » <http://m.ledevoir.com/societe/sante/31760/congres-sur-le-sida-l-acces-aux-traitements-enjeu-phare-pour-les-chercheurs>, le 14 juillet 2003.

Au-delà de la CIE, l'affirmation du *leadership* auprès d'autres entreprises ou partenaires extérieurs (actionnaires, partenaires commerciaux, opinion publique internationale, forums privés, organisations internationales) est un motif récurrent d'initiation de programmes sida. En Côte d'Ivoire, c'est en suivant cette logique que l'entreprise d'assurances n°23 a lancé son programme en 2005. En étant le président de la Confédération générale des entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI), le PDG de cette entreprise a lancé un programme au nom du devoir d'exemplarité, tandis que cette entreprise urbaine d'environ 1000 employés n'était pas spécialement confrontée au problème du VIH/sida. La responsable du Comité sida de l'entreprise déclarait :

« A la base, l'idée est venue de votre hiérarchie ?

Oui, je vais vous dire pourquoi : le PDG de notre entreprise a une double casquette. C'est le PDG de notre entreprise et c'est le patron de notre patronat. Et donc l'idée d'installer des comités au sein des entreprises est venue du patronat. Donc dès l'instant que c'est venu du patronat et qu'il est le patron, il se devait (ça c'est ma déduction personnelle !) il se devait de donner l'exemple, et donc commencer par son entreprise » (Comité entreprise 23)

C'est dans cette logique également que des filiales d'entreprises multinationales rencontrées ont mis en œuvre leurs « programmes sida ». Ils sont nés suivant les directives de leur maison mère, laquelle cherche à se positionner comme *leader* dans l'engagement éthique et responsable, à l'échelle internationale. Par exemple, c'est dans cette logique que la filiale ivoirienne du groupe CFAO (Compagnie française de l'Afrique occidentale) s'est lancée dans cette lutte, dans la mesure où le PDG du groupe, Alain Viry, était également le responsable de l'association *Sida entreprises*, un regroupement d'une quinzaine de firmes multinationales françaises mobilisées autour du VIH/sida.

Un ancien membre de la Direction de l'entreprise n°11, une entreprise pionnière dans le VIH/sida, affirmait ainsi très clairement l'absence de connexion de ces initiatives avec les problèmes rencontrés :

« Le VIH/sida ? C'est de la com', imposée par (*maison mère*), c'est clair ! (...) Tous ces programmes VIH, RSE, Développement Durable, ça emmerde plus qu'autre chose les responsables. On le fait parce qu'il faut le faire, mais on y est pas à 100%. C'est pas ça qui fait manger » (Direction entreprise 11)

Par ailleurs, à un niveau local, les programmes VIH/sida ne sont que très rarement identifiés comme participant à une démarche de « Responsabilité sociale de l'entreprise » (RSE) ou de développement durable. Autrement dit, ils ne sont pas « labellisés RSE ». Au sein de mon échantillon, seule l'entreprise agro-alimentaire n°3 l'a formalisée comme telle. En effet, en cherchant à s'imposer comme une référence dans le domaine du développement durable, elle

a décidé d'y intégrer un volet VIH/sida, géré selon une approche *benchmarking*. Celui-ci ne répond pas tant à une gestion bioéconomique de la santé qu'à une gestion rationalisée (cf. Encadré 7).

Encadré 7 Étude de cas : entreprise n°3. VIH/sida, RSE et *benchmarking*

L'entreprise 3 est une ancienne compagnie du secteur café-cacao, reconvertie en 1999 dans d'autres secteurs de l'*agro business*. Elle est la 15^{ème} plus grande entreprise d'Afrique de l'Ouest (et la 2^{ème} du secteur agricole) et regroupe aujourd'hui neuf filiales basées en Côte d'Ivoire, au Libéria, au Ghana, au Nigeria et en France. Elle intervient dans la culture, la transformation et la commercialisation de l'huile végétale, du caoutchouc naturel, et du sucre de canne. Elle emploie 17.000 employés permanents, et environ 25.000 avec l'inclusion des sous-traitants et des journaliers.

L'entreprise 3 est animée par la volonté de se positionner comme le *leader* de la « Responsabilité sociale des entreprises » (RSE) et du « Développement durable » (DD). En 2008, elle crée son département « Développement durable », qui élabore une stratégie autour de 5 piliers : l'hygiène, sécurité et conditions de travail, les relations avec les communautés locales, la préservation de l'environnement, la promotion des plantations responsables et enfin, les conditions de vie des travailleurs. En 2012, elle participe activement au 1^{er} Forum International sur la RSE en Côte d'Ivoire (29, 30 et 31 octobre 2012)¹⁴⁸, en se positionnant comme la figure de proue de cette démarche.

Le VIH/sida a été intégré au sein de cette politique, avec le paludisme, dans l'axe stratégique « conditions de vie ». Cette focalisation sur ces deux maladies est justifiée, par le responsable de son pôle développement durable, par le fait que ces deux maladies sont « les plus meurtrières d'Afrique ». L'accent a été cependant mis sur le VIH/sida, qui bénéficie d'une charte spécifique. Ce traitement à part est justifié pour trois types de raisons.

D'une part, à cause de la situation géographique de l'entreprise (en milieu rural, parfois proche des frontières, et qui brasse de ce fait des populations) ; ensuite, à cause du poids historique de la maladie, qui a, selon le responsable DD interrogé, « choqué l'Humanité », et de son caractère destructeur ; enfin, en raison de la forte mobilisation internationale autour de cette maladie qui les a précédé et des ressources humaines et techniques prédisposées à les appuyer. Ainsi, le poids symbolique et les opportunités extérieures créées par la mobilisation collective ont été décisifs.

L'entreprise a ainsi développé une politique commune à l'ensemble de ses filiales, en suivant une logique de *benchmarking*. Elle s'est ainsi appuyée sur les « bonnes pratiques » de l'une de ses filiales, une ancienne filiale d'un groupe français réputé pour sa « culture citoyenne » qui avait mis en place des activités VIH/sida avant son rattachement à l'entreprise 3, en 1999. Celui-ci a ainsi cherché à diffuser, harmoniser et standardiser son expérience auprès de ses autres filiales, de manière non contraignante, dans la mesure où ces filiales disposent de leur autonomie juridique.

Afin de créer un effet d'émulation, des indicateurs de performance ont été définis par l'entreprise (taux de prévalence, taux de dépistage, nombre d'enfants séronégatifs nés de femmes séropositives), ainsi que des objectifs chiffrés (tel que le taux de dépistage annuel fixé à 20%), qui ont ensuite été reportés au sein de son rapport annuel de développement durable. C'est ainsi que pour l'année 2008, le rapport faisait état de grands écarts séparant certaines entreprises qui enregistraient des taux de dépistage entre 0 et 1%, comparativement aux autres filiales, et notamment à l'entreprise pilote qui figurait en tête avec un taux de 51%. L'exemple de cette entreprise pilote est largement mis en exergue, pouvant voiler les performances des autres entreprises. Ainsi, la gestion de la santé au sein de cette entreprise est davantage rationalisée que « bioéconomique ». Autrement dit, elle est davantage centrée sur la rationalité statistique que sur la préservation du capital humain des employés.

¹⁴⁸ Ce Forum a été organisé en partenariat avec le réseau RSE, la CGECI, le CAGO (Centre Africain d'Expertise en Gouvernance des Organisations) et le soutien de l'ambassade du Canada et avec le soutien d'entreprises des secteurs agro-industriels, du pétrole et de l'énergie.

Le secteur agro-industriel est particulièrement touché par les enjeux liés à la responsabilité sociale, sociétale et environnementale des entreprises. La contestation croissante de la société civile mondiale sur leurs externalités négatives environnementales (exploitation unilatérale de matières premières, pollution, épandage aérien etc.) ou sociales (expropriation de communautés locales, usage de produits toxiques manipulés par leurs employés, etc.) a amplifié l'attention prêtée à leur image, d'autant qu'elles exportent leur production au sein des marchés occidentaux. Ainsi, les entreprises de l'*agro business* rencontrées sont généralement engagées dans des processus de labellisation ou de certification (ISO 14001, Globalgap, etc.). Elles développent également des actions sociales, d'une part dans leur tradition de substitution à l'État au sein de zones enclavées, afin de préserver une paix sociale et, d'autre part, pour démontrer leur engagement citoyen. C'est à ce titre que le VIH/sida s'y intègre.

Cependant, le nombre d'entreprises engagées dans une démarche d'affirmation de leur *leadership* est, par définition, restreint. Différentes modalités de *leadership* ont été rencontrées. Par exemple : être *leader* du secteur privé ivoirien (CIE, entreprise 23), être *leader* du développement durable en Côte d'Ivoire (entreprise 3), être *leader* de la sécurité et santé au travail à l'international (entreprise 22), être *leader* du VIH/sida à l'international (CFAO), ou être *leader* dans le développement durable à l'international (Lafarge au Cameroun). Néanmoins, il est important de souligner que le nombre de places est nécessairement limité. Auriane Guilbaud avait déjà relevé cette tension au niveau des arènes de la « santé globale », à propos des initiatives mises en œuvre par le Fonds mondial afin d'inciter les firmes privées à participer à son financement, en échange d'une valorisation en termes d'image (campagne RED, programme des « champions »). En s'appuyant sur des ressorts propres au secteur privé, tels que le « marketing de cause » ou la garantie de « communication exclusive », le nombre d'entreprises candidates se trouvait fatalement restreint (Guilbaud 2012, 412).

La « mode du sida »

En miroir à cette démarche de *leadership*, se situe l'ensemble des entreprises privées qui ont agi dans le but de se conformer aux autres entreprises partenaires et concurrentes. Un médecin de l'entreprise 6, qui a mis sur pied son programme en 2008, résumait cette position :

« C'est vrai que le sida bénéficie d'une attention particulière. Faut faire comme les autres ! On a une Charte, tout ça...Pour faire comme les autres ! » (Médecin 2 Entreprise 6)

A partir du moment où la mobilisation collective s'est intensifiée en Côte d'Ivoire (2004), le VIH/sida a provoqué un engouement collectif de la part de nombreuses entreprises privées au niveau local. Un médecin d'une entreprise se rappelait l'intensité de cet emballement aux environs de 2005-2006 :

« On ne pouvait pas passer deux semaines à Abidjan sans avoir une entreprise qui était en train de faire une activité de sensibilisation ou de formation ou de ceci, sur le VIH/sida » (Médecin entreprise 29)

Un employé d'une ONG internationale se remémorait également :

« Et puis ça a été l'effet de mode, chaque entreprise devait mettre en place son comité pour dire qu'elle était très engagée dans la lutte contre le VIH/sida ! »

Dans un contexte où l'offre de santé publique se développait, les stratégies de ces entreprises privées étaient davantage orientées vers la prévention (sensibilisation, formation, préservatifs, dépistage), et/ou le développement d'une prise en charge de qualité. La cible de cette stratégie était immédiate et diffuse, adressée aux « tous venants » : employés, population générale, clients, autres entreprises, autorités nationales ou acteurs internationaux. Il s'agissait davantage d'une communication spontanée, voire d'un « folklore », fondée sur le mimétisme direct, que de programmes formalisés (*reporting*, rapport d'activités), visant des publics plus éloignés (actionnaires, opinion publique internationale, forums privés, organisations internationales). Ces activités de « simulation » permettaient d'exposer publiquement et à moindres frais, un engagement social, en se greffant sur l'élan collectif, par des campagnes de sensibilisation et éventuellement de dépistage, ouvertes aux clients, familles et public. Ainsi, étaient promus, l'affichage du ruban rouge symbolique sur la devanture de leurs bâtiments, ou encore la participation à la très médiatique journée internationale de lutte contre le VIH/sida du 1^{er} décembre. L'entreprise se rapprochait ainsi de ses employés, en créant des moments de cohésion sociale, voire de fête : séances de sensibilisation, convivialité des buffets, animations sonores, distribution gratuite de préservatifs dans les bulletins de salaire, jusqu'à l'organisation de mariages collectifs ou de week-end à la mer sous le thème du VIH/sida¹⁴⁹. L'entreprise se rapprochait également des acteurs extérieurs, en ouvrant ses activités aux familles et « communautés », en se mettant au même niveau que les associations et les acteurs publics engagés sur cette cause collective.

¹⁴⁹ L'analyse de la « fête du sida » sera développée au chapitre 8.

En résumé, j'ai montré ici que, si le VIH/sida a été un problème de morbidité au sein des entreprises locales de Côte d'Ivoire, son impact sur leur productivité n'a pas été une condition suffisante pour expliquer la mobilisation collective des entreprises privées autour de cette pathologie. A ce niveau, l'impact direct des politiques multisectorielles a, quant à lui, été négligeable. Le VIH/sida a avant tout été appréhendé en continuité avec les programmes sociaux des entreprises privées, se distinguant ainsi d'une vision médicale et économique de la maladie. En complément, les facteurs symboliques ont été un catalyseur de ces programmes, l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida étant un moyen de se positionner comme *leader* ou alors de se conformer à une norme en construction. En définitive, les programmes se présentent comme étant profondément hybrides, mêlant des considérations médicales aux enjeux sociaux et symboliques des entreprises privées. C'est parce que le VIH/sida a embrassé ces différentes logiques et répondu à différents types d'intérêts (préserver la cohésion sociale de l'entreprise, réaffirmer son autorité patronale, valoriser son image au local et à l'international, préserver la santé de ses employés, etc.) qu'il a suscité une telle attractivité.

2.5. Discussion : l' « isomorphisme institutionnel » des entreprises privées face au VIH/sida

Au terme de cette section, je conclus que, au sein du champ national et local si une poignée d'entreprises privées a initié des programmes inédits face à la menace du VIH/sida en Côte d'Ivoire, la majorité des autres entreprises a davantage suivi ces initiatives isolées par un effet de mimétisme local et transnational, tout en étant stimulée par des enjeux sociaux et symboliques. Ce constat est à mettre en perspective avec les études questionnant le contexte de l'Afrique australe.

En effet, le courant scientifique dominant (santé publique, économistes) a analysé l'implication des entreprises privées à partir d'une approche en termes de choix rationnel. Certains de ses auteurs ont expliqué l'engagement des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida à partir des facteurs reliés aux caractéristiques structurelles de l'entreprise, tels que sa taille et la qualification des salariés (Ramachandran, Shah et Turner 2007) ou le secteur d'activité (Bendell 2003; Rosen et al. 2007). La mise en exergue de ces facteurs favorise ainsi une explication bioéconomique, dans la mesure où les entreprises auraient répondu de manière rationnelle à un problème, dont l'ampleur aurait varié selon les caractéristiques

structurelles de l'entreprise. D'autres auteurs ont complété cette approche en mettant l'accent sur l'importance des facteurs individuels telle que la perception et la connaissance du VIH/sida des dirigeants d'entreprises (Rosen et al. 2004). Cependant, cette variable personnelle, bien que déterminante au cas par cas, ne paraît pas suffisante pour expliquer le phénomène dans sa globalité.

Enfin, pour certains, ce sont les facteurs institutionnels qui ont joué un rôle déterminant, tel que l'insertion dans des réseaux sociaux et des secteurs d'activités (Bakuwa 2010) et le développement de la responsabilité sociale des entreprises (RSE) (Bendell 2003). Par exemple, Robert Bakuwa a montré que ce ne sont pas tant les caractéristiques structurelles communes des entreprises (taille, qualification des employés, zone géographique, etc.) que leur socialisation dans un même champ qui les ont amenées à développer des stratégies similaires (Bakuwa 2010). Les partisans de cette approche mettent l'accent sur le fait que l'organisation institutionnelle du champ du VIH/sida a stimulé des processus que Paul Di Maggio et Walter Powell ont qualifié d'« isomorphisme institutionnel » (DiMaggio et Powell 1983). Par opposition aux approches rationnelles, cette approche explique pourquoi les acteurs d'un même « champ » en viennent à adopter des comportements similaires.

L'analyse du contexte ivoirien permet, d'un côté, d'infirmer une analyse fondée sur le choix rationnel, au sein de laquelle les programmes VIH/sida auraient été, *avant toute chose*, une réponse à la maladie elle-même. D'autre part, elle semble confirmer et exacerber ce phénomène de mimétisme déjà évoqué dans le contexte d'Afrique australe, mais dont les études sont marginales ou analysées de manière isolée (à partir d'une entreprise ou d'un secteur d'activités).

Dans la section suivante, je propose donc, à partir du cadre proposé par Paul Di Maggio et Walter Powell de répondre à la question suivante : pourquoi les entreprises privées se sont-elles mobilisées sur l'enjeu du VIH/sida alors que celui-ci n'était qu'un problème mineur en termes de ressources humaines au sein de leurs entreprises, qu'elles ont été relayées par des acteurs extérieurs au cours des années 2000 et qu'elles n'étaient soumises à aucune pression coercitive pour le faire ?

3. Mimétisme et convergence des initiatives des entreprises privées : une approche en termes d' « isomorphisme institutionnel »

3.1. L'incertitude du VIH/sida

Paul Di Maggio et Walter Powell identifient trois formes d'isomorphisme institutionnel : l'isomorphisme coercitif exercé par une pression extérieure (État, société ou autres organisations), l'isomorphisme mimétique (imitation des acteurs entre eux dans un contexte d'incertitude) et l'isomorphisme normatif où des comportements convergeant sont développés à travers des trajectoires de formation et une socialisation au sein de réseaux professionnels communs (DiMaggio et Powell 1983).

Dans le contexte d'incertitude caractéristique du VIH/sida à la fin des années 1990 et au début des années 2000, l'isomorphisme mimétique (*mimetic process*) permet de comprendre particulièrement la convergence des entreprises privées dans l'adoption de stratégies communes. Ainsi, Paul Di Maggio et Walter Powell affirmaient dans leur célèbre article *The Iron Cage Revisited* :

“When organizational technologies are poorly understood (March and Olsen, 1976), when goals are ambiguous, or when the environment creates symbolic uncertainty, organizations may model themselves on other organizations. The advantages of mimetic behavior in the economy of human action are considerable; when an organization faces a problem with ambiguous causes or unclear solutions, problemistic search may yield a viable solution with little expense (Cyert and March, 1963)”. (DiMaggio et Powell 1983, 151)

Selon Paul Di Maggio et Walter Powell, si les premières organisations peuvent effectivement poursuivre des objectifs d'amélioration de performance, en suivant une rationalité économique stricte, celle-ci se trouve altérée, dès lors qu'elle se généralise à un large nombre (DiMaggio et Powell 1983, 148). Ainsi, les entreprises qui suivent le modèle des premières sont amenées à adopter des stratégies, non pas à des fins d'efficacité ou d'efficacités, mais afin d'adopter un modèle qui leur apparaît comme le plus légitime ou le plus à même de leur assurer une réussite, sans aucune preuve que ces modèles soient efficaces (DiMaggio et Powell 1983, 152). Ces auteurs ont formulé l'hypothèse suivante, particulièrement adaptée au contexte du VIH/sida au tournant du siècle dernier : « au plus les technologies semblent incertaines et les buts ambigus, au plus grand sera le taux de changement isomorphique » (DiMaggio et Powell 1983).

Au moment de l'arrivée des ARV, le coût de programmes d'accès aux traitements en entreprises était extrêmement difficile à évaluer. Une première série des difficultés concernait l'accès aux données de base nécessaires (taux de prévalence du VIH en entreprise, taux de mortalité, morbidité liés au VIH/sida, etc.). Un second groupe de difficultés était lié à la prise en compte, au-delà des coûts directs (médicaux), les coûts indirects (coûts médicaux indirects, coûts liés au temps et à la productivité). De manière générale, il était ardu d'évaluer un programme sur le long terme dans un contexte de forte incertitude (évolution de l'épidémie, évolution des prix). Les entreprises privées se sont ainsi davantage référées à des données épidémiologiques (taux de prévalence, taux de mortalité, taux de morbidité, etc.), à l'accroissement visible de décès probablement attribuables au VIH/sida, mais surtout, aux expériences de réussites apparentes d'autres entreprises privées, plutôt qu'à des analyses sophistiquées des coûts.

Cette théorie a été adoptée par Dickinson et Stevens¹⁵⁰ pour analyser les stratégies des entreprises privées sud-africaines démontrant, à partir de trois études de cas, que les programmes d'accès aux ARV n'ont pas tant été une réponse rationnelle à un problème expérimenté, qu'une norme partagée à un moment donné. Ils écrivent :

“Contrary to what is frequently presented, we suggest that the cost-benefit analyses used to calculate the financial impact of HIV/AIDS – while possibly understating indirect and macro-implications – are not key in driving company responses to HIV/AIDS” (Dickinson et Stevens 2005, 287)

Les auteurs démontrent que le VIH/sida est en réalité, et en dépit de ce que les entreprises annoncent, un enjeu fondamentalement marginal au sein de l'entreprise, peu intégré, sous-financé, et servant d'autres intérêts. Cette dernière approche, bien que marginale au sein de la littérature, a ainsi relativisé la part des facteurs bioéconomiques dans le choix des entreprises. A partir d'une analyse plus systématique du contexte ivoirien, il est possible de confirmer cette hypothèse, et de la généraliser au mouvement qui a sous-tendu la mobilisation du secteur privé.

3.2. La question du *timing*

Selon Dickinson et Stevens, la manière dont le secteur privé sud-africain s'est d'abord collectivement abstenu d'agir, pour ensuite faire place à une accélération généralisée est une preuve du phénomène de mimétisme en action (Dickinson et Stevens 2005). L'analyse du

¹⁵⁰ Il s'agit d'une (rare) enquête qualitative, effectuée auprès de 3 grandes entreprises privées de plus de 20.000 employés, qui a compris 280 entretiens.

timing en Côte d'Ivoire, c'est-à-dire la mise en relation des stratégies des entreprises avec les évolutions de leur contexte est à cet égard éclairante.

Du coût efficacité à la rhétorique de l'efficacité

Une différence majeure oppose le contexte sud-africain au contexte ivoirien. Dans le premier cas, jusqu'à ce jour, les entreprises privées ont maintenu une contribution financière à l'achat des ARV. Dans le cas qui nous concerne ici, les entreprises privées prenant en charge leurs employés ont bénéficié, au même titre que tous les acteurs de la société, de la baisse drastique du prix des traitements dès 2004 et de leur gratuité en 2008. Ainsi, les coûts générés par la prise en charge de leurs employés, surtout lorsque les entreprises choisissaient un système de prise en charge dans le système public, étaient minimes.

Ainsi, la « preuve » qui avait été élaborée par la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) démontrant le caractère « coût-efficace » des programmes VIH/sida et qui a servi de plaidoyer auprès de certaines entreprises, est devenue obsolète (2004), juste après sa publication en 2003 (Eholié et al. 2003). Pour autant, bien que l'argument de la coût-efficacité ait perdu de son acuité, cette « preuve » a perduré, alimentant ainsi une *rhétorique* de l'efficacité des entreprises engagées après 2004 dont certaines ont malgré tout, continué à mobiliser l'argument des coûts du VIH/sida. Pourtant, aucune étude prenant en compte cette transformation majeure du champ du VIH/sida n'a été élaborée depuis et qui évaluerait notamment les avantages financiers d'un programme de prévention. Tandis que cette étude de l'équipe du Pr Eholié a bénéficié d'un large écho au niveau international (cf supra), les conditions de sa validité effective sont fragiles. Dès lors, une frontière ténue se dresse entre l'utilisation d'une preuve scientifique solide, fondée sur des arguments économiques rationnels et son utilisation qui, déconnectée de son contexte (épidémie, politiques publiques) devient inadaptée, s'appuyant dès lors davantage sur une rhétorique de l'efficacité. En Côte d'Ivoire, plus que la preuve théorique, c'est davantage l'exemple pratique de la CIE et de ses quelques entreprises pionnières qui a suscité une adhésion en chaîne d'autres entreprises. Son modèle a été évoqué à plusieurs reprises au cours des entretiens que j'ai effectués avec les acteurs impliqués dans les programmes VIH/sida.

Baisse des prix des ARV et mobilisation du secteur privé : une fenêtre d'opportunité ou une dépendance institutionnelle ?

Le moment de la baisse drastique des prix a coïncidé avec l'apogée de la mobilisation du secteur privé, dont les rangs ont été renforcés par l'implication des entreprises que j'ai appelées de « 2^{ème} génération ». D'une part, ce phénomène s'explique par des entreprises qui ont profité de l'opportunité, « l'effet d'aubaine » en quelque sorte, pour impulser une communication à faible coût. L'obstacle financier et les enjeux éthiques en moins (une prise en charge publique étant désormais disponible), l'affichage d'activités de prévention du VIH/sida au sein du secteur privé se voyait donc facilitée. Cependant, si cette baisse des prix de la prise en charge a été une condition favorisant la mobilisation de certaines entreprises privées sous l'effet d'une mode peu contraignante, cette fenêtre d'opportunité n'est pas suffisante pour expliquer pourquoi les entreprises ont maintenu leur mobilisation, malgré la prise de relais par l'intense mobilisation collective.

La notion de « dépendance au sentier » (*path dependence*), qui explique le fait que des « décisions prises au début d'une politique canalisent les développements ultérieurs dans une certaine direction » (Bonoli et Palier 1999, 399), permet de rendre compte de ce phénomène. Cette théorie issue de l'économie et adaptée par certains politistes néo-institutionnalistes aux politiques publiques (Pierson 2000 ; North 1990), est particulièrement utile pour expliquer les phénomènes de stabilité et de résistance au changement. Elle part du constat que, face à un problème, même si des solutions plus efficaces que la solution retenue sont connues, celles-ci ne seront pas nécessairement adoptées¹⁵¹.

Dans les années 1990, le secteur privé commençait à s'inquiéter du VIH/sida quant à son impact sur la rentabilité. De grandes sociétés internationales ayant des investissements très importants en Afrique commençaient à revoir leurs stratégies d'expansion à la lumière de l'évolution du VIH/sida¹⁵². A partir de la fin des années 1990 et au début des années 2000, le secteur privé a commencé à s'organiser afin de lutter collectivement face à cette menace. La Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida, la *Global Business Coalition* (GBC) s'est ainsi créée en 1997, suivie par la Coalition des entreprises sud-africaines

¹⁵¹ Paul Pierson distingue quatre mécanismes d'auto-renforcement qui génèrent une résistance au changement : coûts d'investissements, effets d'apprentissages, effets de coordination et comportements d'adaptation par anticipation (Pierson 2000).

¹⁵² Source : (ONUSIDA 2002, 21).

(SABCHOA¹⁵³) en 2000. Les entreprises multinationales françaises implantées en Afrique subsaharienne ont également commencé à réagir. La manière dont les entreprises françaises se sont organisées et leur répercussion plus tardive sur leurs filiales locales éclaire particulièrement ce phénomène de « dépendance au sentier » (cf. **Encadré 8**).

Encadré 8 La lente organisation des entreprises multinationales françaises

En 2001, le Conseil français des investisseurs en Afrique (CIAN) organise une première réunion afin d'échanger à propos de l'enjeu du VIH/sida au sein de leurs entreprises. Alors que peu de communication n'a été effectuée, 30% de ses membres y participent, manifestant ainsi un certain succès relatif à une inquiétude et un intérêt certains de ces entrepreneurs¹⁵⁴. Au cours de cette réunion, Anthony Bouthelier, l'ancien directeur de Pechiney, fait valoir son expérience auprès de la société Alucam au Cameroun. Cependant, peu d'effets s'en suivent.

Cette même année, le charismatique Richard Holbrooke prend la tête de la Global Business Coalition (GBC) et décide d'élargir ses adhérents et son champ d'action. En décembre 2002, il convie ainsi à un petit-déjeuner à Paris les principales entreprises françaises du CAC 40, dans le but de les convaincre d'adhérer à cette coalition mondiale. Cette tentative tourne à l'échec. En pleine guerre d'Irak, un « choc culturel » franco-américain oppose les deux camps : montant de la cotisation jugé exorbitant (25.000\$), discours sur le registre du pathos inadapté au public, avec en ligne de fond, la crainte que cette coalition soit un instrument pour que les américains étendent leur influence économique sur le « pré-carré » français¹⁵⁵. Cependant, cette réunion est un déclencheur dans la décision des entreprises françaises de se regrouper au sein de leur propre coalition. En 2003, l'association « Sida entreprises » est créée avec Alain Viry, le PDG du Groupe CFAO nommé à sa tête. Au départ, cinq entreprises constituent le noyau central de l'association (CFAO, Total, BNP Paribas, Gras Savoye et Accor), rejointes depuis par une dizaine d'entreprises (AGS, Allianz, ASCOMA, BGI, Bolloré, Club Méditerranée, Imperial Tobacco, Ponticelli, Société Générale SOMDIAA et Tractafric).

Au moment de la création de cette coalition, le prix des ARV a déjà commencé à chuter dans la plupart des pays d'Afrique francophone. Cependant, leur initiative est maintenue, opérant une adaptation rhétorique plus que pratique.

Dans un entretien donné au journal Afrik¹⁵⁶ en 2003, juste après la création de Sida entreprises, Anthony Bouthelier atteste effectivement de la baisse du prix des trithérapies à 20€ par mois. Il justifie cependant la création de *Sida entreprise* en invoquant trois raisons : 1) la nécessité de protéger les élites dirigeantes en Afrique, dans un système de santé lent à se mettre en place, 2) la nécessité de promouvoir le dépistage du VIH et 3) la perspective de créer un cadre de coopération, en collaboration avec l'administration française, pour que les entreprises privées mettent « leurs compétences, leur savoir faire et leurs méthodes à disposition de l'environnement local »¹⁵⁷. De plus, Anthony Bouthelier précise que leur démarche s'inscrit à l'écart des gouvernements africains, afin d'éviter d'être « complices de détournements de fonds ».

En l'absence d'arguments clairs démontrant le coût-efficacité d'une intervention du secteur privé à ce moment là, c'est la rhétorique de l'efficacité du secteur privé qui est invoquée. Dans un domaine hors de son champ de compétences, l'entreprise se pose en modèle qui, par principe, pallierait l'inefficacité

¹⁵³ South African Business Coalition on HIV/AIDS.

¹⁵⁴ Issu d'un entretien avec Thérèse Lethu, qui avait participé à la rencontre et qui sera par la suite la directrice de GBC Europe.

¹⁵⁵ Source : (Vilaça 2009, 183).

¹⁵⁶ <http://www.afrik.com/article6822.html>, le 1^{er} décembre 2003.

¹⁵⁷ L'objectif de transfert de compétences auprès de l'« environnement local » ne sera pas suivi d'effet, dans la mesure où l'essentiel des activités de Sida Entreprises est orienté sur l'appui aux entreprises dans la mise en place des programmes VIH/sida-Santé.

communément admise des pouvoirs publics locaux. Elle affirme également un choix clair d'une politique fondée sur la force de travail qualifiée, apportant une valeur ajoutée en termes de qualité de la prise en charge, et non plus comme un apport vital.

En Côte d'Ivoire, un ensemble de filiales de multinationales a ainsi initié ses activités vers 2004-2005, en application directe des directives de leurs maisons mères.

Le temps nécessaire à l'organisation institutionnelle a ainsi généré une persistance dans le choix de s'investir dans le VIH/sida. En effet, celle-ci implique ce que Paul Pierson appelle des « effets d'apprentissages », c'est-à-dire l'acquisition d'un savoir acquis au cours d'un processus, générant des habitudes. Ici, les quelques réunions organisées autour de cette thématique, bien que minimes, ont ainsi pu nourrir une certaine socialisation de l'enjeu du VIH/sida. En complément, des « effets de coordination » ont pu expliquer cette convergence vers cette solution commune. Cette notion explique le fait que plus un objet (ou une technologie) est adopté par de nombreux acteurs, plus il est attractif et plus il suscite l'adhésion, générant une convergence des comportements. Ainsi, au départ, le VIH/sida a représenté un réel objet d'inquiétude pour les entrepreneurs, amorçant des actions collectives. Cet objet s'est ensuite transformé en objet d'attractivité, dans un contexte où le cadre normatif valorisait les approches en termes de Responsabilité sociale des entreprises (RSE) et de Développement durable (DD). Le VIH/sida a permis d'amorcer une socialisation des chefs d'entreprise (effets d'apprentissage) ainsi qu'un début d'action collective (effets de coordination) autour d'enjeux éthiques.

Ainsi, malgré l'accélération de l'accès aux traitements dans le Sud qui bouleversa le champ et les problématiques liées au VIH/sida, les entreprises privées ont perduré dans ce choix, afin de répondre aux nouvelles exigences éthiques promues au sein du cadre cognitif global.

La continuité des programmes VIH/sida en entreprises : pérennisation ou anachronisme ? A partir de l'exemple des « fonds sida »

Une autre question se pose : au cours des années 2000, pourquoi certaines entreprises privées ont-elles maintenu leurs activités VIH/sida en dépit du développement et de la disponibilité de l'offre de service publique, privée et communautaire extérieure ? Est-ce une preuve de leur intégration et de leur pérennisation ou bien du maintien d'une exceptionnalité du VIH/sida

anachronique ? Afin de répondre à cette question, je me centrerai ici sur l'analyse d'un mécanisme propre à la Côte d'Ivoire : le modèle des « fonds sida ».

Les « fonds sida » sont des mécanismes de financement des ARV créés par les premières entreprises engagées dans la lutte contre le VIH/sida. Ils sont alimentés à la fois par la Direction et par les employés de l'entreprise dont les cotisations sont directement prélevées sur leurs salaires. En Afrique subsaharienne, ils représentent l'un des rares exemples de mécanisme de financement institutionnalisé, qui a été mis en place avant l'arrivée de l'aide internationale. Dans la mesure où le coût des traitements était élevé et qu'il n'était pas possible, à l'époque, de parier sur une baisse massive de leurs prix, les « fonds sida » ont été imaginés selon un modèle permettant de brasser un volume financier important. La proportion de la part de l'employeur et de l'employé est variable selon les entreprises, l'employeur finançant au moins 50% du volume total. Ainsi, depuis la baisse des ARV en 2004, ces fonds « qui dorment » sont devenus des mannes financières importantes. Un médecin d'entreprise déclarait :

« Le Fonds de Solidarité, c'est des millions ! C'est des millions ! Donc ce n'est même pas le Comité sida, c'est la Direction. Parce que vous imaginez, 1600 personnes qui paient en moyenne 2500 par mois depuis dix ans ? Ca fait beaucoup d'argent...Et puis maintenant qu'on ne paie plus les médicaments chers... » (Médecin entreprise 11)

Avec la suppression de leur utilité première, les fonds sida ont pu devenir une source de contestation dans l'entreprise. Leur gestion est perçue comme opaque, et en temps de crise, cette cotisation mensuelle n'est plus nécessairement jugée légitime par les employés. Dès lors, se pose la question suivante : alors qu'ils ont été mis en place afin de financer les traitements antirétroviraux au début des années 2000, qu'est devenue leur utilisation aujourd'hui ? Différentes trajectoires se sont dégagées.

Premièrement, certaines entreprises ont choisi d'arrêter ou de suspendre leurs fonds sida. Une entreprise (n°2) rencontrée présentait ce cas, invoquant la crise post-électorale ivoirienne, comme le déclencheur de sa décision (cf. **Encadré 9**).

Encadré 9 Étude de cas : entreprise n°2. La fin de l'exceptionnalité du VIH/sida

L'entreprise 2 fait partie des entreprises pionnières de la lutte contre le VIH/sida. En 2001, elle a créé un comité sida, suivi en 2002 par l'institution d'un « fonds sida » destiné à assurer la prise en charge des employés infectés. Au plus fort de ses activités, le médecin de l'entreprise déclarait suivre environ 80 employés.

Suite à la crise post-électorale (2010-2011), elle choisit de cesser toute activité de prise en charge du VIH/sida. Elle ne renouvelle pas la convention qui l'unissait au CIRBA et suspend les comptes du fond sida. Elle répond ainsi aux revendications d'employés contestant sa légitimité.

La crise a ainsi joué le rôle de catalyseur d'un processus de désintégration du programme déjà en cours. Avant la crise, le médecin s'était désengagé progressivement de la prise en charge de ses employés infectés par le VIH/sida. L'organisation géographique de l'entreprise et de ses activités médicales s'y prêtait particulièrement : en menant des activités sur l'ensemble du territoire ivoirien, son système médical est fortement décentralisé. La centralisation sur Abidjan de la prise en charge des patients suivis pour leur infection à VIH demande dès lors un fort investissement en coût et en temps. A partir de 2006, l'entreprise s'est appuyée progressivement sur le processus de décentralisation de la prise en charge amorcé par le PEPFAR, se désinvestissant petit à petit du VIH/sida.

Aujourd'hui, le médecin continue d'exercer des activités de conseil et de diagnostic du VIH/sida, en orientant les employés infectés vers des structures de prise en charge. Il a également choisi de réorienter ses activités de prévention sur le problème du paludisme, qui avait été laissé de côté, en raison du VIH/sida, inaugurant des partenariats avec des laboratoires pharmaceutiques et le PNLP (Programme national de lutte contre le paludisme). Dès lors, les patients infectés par le VIH/sida ne sont plus tenus de se faire connaître au sein du service de l'entreprise, et effectuent davantage leur suivi au sein des structures de santé publique extérieures, de manière indépendante. Au moment de l'entretien, en 2012, le médecin ne suivait plus que 3 ou 4 patients.

Au sein de l'entreprise n°2, la crise a davantage été un catalyseur de la décision de suspendre le fonds, rompant avec un système d'« exceptionnalité du sida » devenu progressivement anachronique.

Deuxièmement, certaines entreprises ont maintenu ces fonds sida, en conservant une activité focalisée sur le VIH/sida. D'un côté, la menace de l'arrêt de l'aide internationale est brandie par certains, afin de justifier le maintien de la contribution du secteur privé et des fonds sida en particulier. Le responsable d'un comité sida d'une institution bancaire affirmait ainsi sa position :

« Puisque aujourd'hui, l'appui de l'extérieur est de 90% et donc nos malades sont soignés par l'extérieur à 90%, l'Etat c'est 7% et le secteur privé 3%. Si demain, les bailleurs de fonds se retirent, les coûts seront exorbitants, ils ne seront pas à 1000F : donc le souci des entreprises, ce n'est pas à court terme, mais c'est de voir à long terme. Et à long terme, y a deux événements : le nombre de dépistés qui est faible, et il y a les coûts qui peuvent être réévalués » (Comité entreprise 24)

Ainsi, ces fonds sida ont généré au départ, ce que Paul Pierson appelle des « coûts d'investissements » importants (Pierson 2000), propre à chaque innovation technologique ou institutionnelle. Ici, les coûts ont davantage été des coûts sociaux que financiers. En effet, tandis que l'accord des syndicats a été une condition nécessaire à leur instauration, celui-ci a été obtenu avec quelques résistances au sein de certaines entreprises rencontrées. Une fois ces coûts institutionnalisés, les entreprises ont eu tout intérêt à les maintenir en activité, dans l'éventualité d'une incertitude future.

Par ailleurs, de nombreux défis perdurent dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire, et ces fonds ont été utilisés afin de pallier les lacunes des services publics et privés extérieurs : maintien de campagnes de sensibilisation, dépistage préventif et précoce (cf. chapitre 8) et financement des coûts de la prise en charge supplémentaires.

Cependant, selon certains acteurs rencontrés (consultant extérieur, médecin d'entreprise), étant donné le volume de ces fonds, quelle que soit l'intensité des activités déployées, celles-ci ne suffiront jamais à en absorber leur totalité. Le médecin d'une entreprise faisait part des facilités de liquidités liées à l'organisation des activités VIH/sida :

« En entreprise, ce qui est bien, l'argent est là, faut toujours justifier. C'est quand tu ne sais pas comment justifier qu'il ne peut pas être à ta disposition ! Mais si tu as un programme bien établi, l'argent est bien disponible. Surtout pour le sida, ils seront bien enchantés d'avoir à le dépenser ! »
(médecin entreprise 11)

Enfin, une troisième alternative a été explorée : celle de la réorientation des fonds sida vers le financement des coûts relatifs à d'autres pathologies lourdes. Autrement dit, celle de la transformation des « fonds sida » en « fonds santé », une approche souvent adoptée dans le champ du VIH/sida¹⁵⁸. Cependant, l'ouverture à la couverture de la prise en charge d'autres pathologies a rencontré certaines résistances. Dans la mesure où les fonds ont été créés pour la prise en charge médicale du VIH/sida, certains invoquent l'obligation légale de se conformer à cette mission première, de soumettre un changement d'orientation auprès de la Direction et des partenaires sociaux au cours d'une assemblée générale, et de suivre une longue procédure. A propos du blocage de ces capitaux, une entreprise rencontrée deux fois, à 18 mois d'intervalle, répondait ainsi :

« Quand je vous avais vu il y a un an et demi, vous me disiez déjà que c'était en cours d'étude ? Non, c'était en cours d'étude, on a bouclé l'étude ! Voilà, c'était en étude, on a finalisé le dossier. Voilà il fallait que la DG s'en imprègne, valide. Donc maintenant, tout est fait (*me montre le document*) Donc tu vois les nouvelles propositions du fonds sida. Donc c'est un dossier qui est bouclé » (médecin entreprise 9)

Pour d'autres, le monopole de la gestion des fonds sida par la Direction est un obstacle à son utilisation à des fins médicales. Cependant, certains d'entre eux ont timidement élargi leur utilisation à d'autres pathologies (tuberculose, paludisme, hépatites, etc), toujours dans une démarche essentiellement préventive, avec des sollicitations ponctuelles pour le traitement. En attente de validation, les autres possibilités de leur utilisation concerneraient principalement le soutien aux employés, afin de les aider à financer leur ticket modérateur, en

¹⁵⁸ Concernant les entreprises privées, je mentionnerai à titre d'exemple la transformation de la *Global Business Coalition on HIV/Aids, tuberculosis and malaria* en *GBCHealth* ou de l'association « Sida entreprises » en « Entreprises et santé ».

cas de lourde pathologie (dialyse, hépatites, cancers, diabète, etc.). En effet, les assurances santé ne prennent pas en compte toutes les maladies, et même lorsqu'elles les prennent en compte, la part du ticket modérateur qui est à la charge des employés reste relativement élevée (10-20%), dans le cas de traitements qui s'élèvent à des millions de FCFA. Le fonds sida représenterait ainsi un moyen de parer au risque de la « médecine d'assurance », qui guette aujourd'hui le travail des médecins d'entreprises en Côte d'Ivoire : c'est-à-dire de suivre les malades en fonction des exigences des assurances, et non pas l'inverse. Cependant, aucune décision n'est actuellement actée.

Les « fonds sida » sont marqués par une profonde ambivalence. D'un côté, ils ont permis une institutionnalisation de la lutte contre le VIH/sida au sein d'un secteur privé, marquant une pérennisation inédite, dans un contexte marqué par les aléas des financements internationaux. Face au désengagement rapide d'un ensemble d'entreprises qui ont adhéré à la « mode du VIH/sida », le mécanisme des « fonds sida » a assuré une démarche continue et pérenne. Cette situation contraste avec certaines entreprises ivoiriennes rencontrées, qui n'avaient pas mis en place de fonds sida, et qui ont suspendu leurs activités vers la fin des années 2000, en invoquant la crise post-électorale comme une raison de leur désengagement.

La comparaison avec le Cameroun est à cet égard significative. En effet, les entreprises situées au Cameroun n'ont pas suivi ce modèle des « fonds sida », finançant alors majoritairement leurs activités par des budgets ponctuels octroyés par la Direction, au même titre que d'autres activités sociales. Dans un contexte de crise économique mondiale (2009), conjugué à un manque d'intérêt directement « bioéconomique » des activités sida et à une lassitude, ceux-ci ont été, au même titre que les budgets sociaux, les premiers impactés. Cette absence d'institutionnalisation des financements explique en partie, pourquoi la mobilisation du secteur privé au Cameroun a été plus « volatile ». Cette situation est à première vue d'autant plus paradoxale que le Cameroun n'a pas connu de crise politique ouverte et longue comme en Côte d'Ivoire. Cela souligne le fait que la crise est davantage un élément conjoncturel que structurel dans le choix de certaines entreprises d'arrêter leurs activités sida. D'un autre côté, alors que leur statut d'exceptionnalité était justifié, au départ, pour des enjeux de coûts et de confidentialité, ces raisons premières ont perdu de leur acuité. Dans ce contexte, cette exceptionnalité a tendu à devenir anachronique, notamment au regard des autres enjeux sanitaires auxquels les entreprises ont fait face et des résistances rencontrées à

convertir ces fonds sida en fonds santé. Je développerai cette question à partir de l'exemple des hépatites dans le chapitre suivant (Chapitre 4).

4. Du « champ du sida » au « marché du sida »

Selon la théorie de l'« isomorphisme institutionnel », l'appartenance à un même « champ » d'activité favorise la convergence des comportements de ses acteurs : plus un champ est structuré, plus l'isomorphisme en son sein sera important (DiMaggio et Powell 1983). Rapportée à notre cas, se pose les questions suivantes que j'étudierai dans cette section : dans quelle mesure la structuration du « champ du VIH/sida » aurait-elle influencé la réponse des entreprises privées face au VIH/sida ? Et dans quelle mesure expliquerait-elle la convergence de leurs stratégies ? En effet, ce champ du VIH/sida se caractérise par une intense mobilisation collective transnationale (activistes, professionnels, scientifiques, organisations de coopération internationale ou ONG) dont les acteurs convergent vers la promotion de la participation du secteur privé à la lutte contre le VIH/sida.

En m'appuyant sur la théorie des « 3I » (Palier et Surel 2005), je situe cette influence du champ du sida sur trois niveaux : 1) le cadre cognitif (« les idées ») ; 2) la création « d'institutions » propres à l'organisation du VIH/sida en entreprises ; 3) l'instauration d'un « marché du sida » (« les intérêts »). Cependant, je ne souhaite pas étudier chaque variable de manière séparée. En effet, au vu des observations de terrain, le champ du VIH/sida s'est structuré par l'imbrication continue de ces différentes logiques, portées par des acteurs agissant sur ces différents plans, dont la construction même est intéressante à analyser.

Autrement dit, je ne distingue pas des logiques cognitives qui seraient portées par des « communautés épistémiques », des logiques institutionnelles qui seraient davantage portées par des acteurs institutionnels (Etat, organisations internationales, ONG, etc.), ou encore des logiques d'intérêts qui seraient animées par des professionnels.

Afin d'analyser la structuration du champ du VIH/sida et la manière dont il a influencé les stratégies des entreprises privées, je propose ici de recourir à certaines notions : celles de forums, d'intermédiaires¹⁵⁹ et de champs. Celles-ci sont en effet particulièrement utiles pour analyser les phénomènes d'interactions entre les acteurs.

¹⁵⁹ Les notions de forum et de champs sont empruntées à l'approche cognitive des politiques publiques.

4.1. Forums, champs et intermédiaires

Les « forums »¹⁶⁰ sont « des scènes plus ou moins institutionnalisées, régies par des règles et des dynamiques spécifiques, au sein desquelles des acteurs ont des débats touchant de près ou de loin à la politique publique que l'on étudie » (Fouilleux 2000, 278). Il s'agit de lieux de production et de diffusion d'idées. L'identification des différents forums, au sein desquels évoluent des acteurs, aux objectifs, règles et temporalités différents permet de « rendre intelligible l'hétérogénéité des idées existantes autour d'une politique publique et la pluralité des systèmes de représentation et d'action dans lesquels ils s'inscrivent » ((Fouilleux 2000, 279). Dans le cas de l'implication des entreprises privées dans le VIH/sida en Côte d'Ivoire, j'ai identifié quatre types de forums¹⁶¹. Le « forum des intellectuels », composé de chercheurs ou académiques (économie, sciences biomédicales, sciences sociales, gestion, etc.) ; le « forum des professionnels du VIH/sida », formé de praticiens médicaux public ou privé, ONG et associations ; le « forum professionnel du secteur privé », où se discutent les intérêts du secteur privé ; le « forum des communautés de politiques publiques » du VIH/sida, où s'institutionnalisent les idées et se « fabriquent les recettes » (Jobert 1994a), qui regroupent des acteurs du gouvernement, organisations de coopération internationale, représentants de la société civile.

Cependant, la seule notion de « forum » n'est pas suffisante pour rendre compte de la manière dont s'est construite la participation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida et leur signification. En effet, si elle permet de rendre compte du processus d'élaboration d'une action collective concertée, elle rend difficilement compte des logiques de marché qui sont à l'œuvre.

C'est ainsi que la notion de « champ », développée par Pierre Bourdieu¹⁶², défini comme « un espace social où des acteurs sont en concurrence avec d'autres acteurs pour le contrôle des biens rares » (Bourdieu et Wacquant 1992, 73-75), s'organisant en fonction de logiques

¹⁶⁰ Ces lieux peuvent également s'appeler ou être comparés à peuvent s'appeler des « champs », « arènes », « réseaux », « communautés de politique publique ».

¹⁶¹ Si Bruno Jobert, l'initiateur de ce concept, a identifié trois types de forums (le forum scientifique des spécialistes, le forum de la communication (ou rhétorique) politique et le forum des communautés de politiques publiques) (Jobert 1994), auxquels Eve Fouilleux a ajouté le forum des professionnels (Fouilleux 2000), cette notion flexible invite à en inventer de nouveaux ou à les adapter en fonction des politiques (ou actions) publiques en jeu.

¹⁶² La notion de « champ » fait référence ici à celle de Pierre Bourdieu, et non à celle développée par Powell et di Maggio, définissant l'isomorphisme institutionnel au sein d'un même champ. Sur la différence entre ces concepts, voir Angèle Christin et Marianne Blanchard, « From *champs* to fields. Lost in translation ? », à paraître.

particulières et relativement autonomes, permettra de compléter cette analyse. Pierre Bourdieu a identifié de nombreux « champs » (économique, politique, culturel, scientifique, artistique, religieux, sportif, etc.). Je choisis d'avoir recours à trois d'entre eux, à savoir : les champs économique¹⁶³ (Bourdieu 1997), politique¹⁶⁴ (Bourdieu 1996) et scientifique¹⁶⁵ (Bourdieu 1976). Cette notion permet d'introduire une certaine séparation entre les règles du jeu, économiques et politiques, qui sont à l'œuvre. Les acteurs (participant ou non aux forums décrits ci-dessus) suivent des objectifs en fonction de règles du jeu différentes selon les champs dans lesquels ils évoluent, pouvant s'impliquer alternativement dans l'un ou l'autre.

Afin de mettre en lumière les interactions entre ces différents champs et ces différents forums, j'adopterai une approche microsociologique, par l'analyse du jeu des acteurs qui sont à l'interface de ces différents espaces, qu'Olivier Nay et Andy Smith appellent les « intermédiaires »¹⁶⁶ (Nay et Smith 2002). Les intermédiaires sont des acteurs capables de faire le lien entre des espaces aux règles, procédures, savoirs et représentations différentes (Nay et Smith 2002, 12), d'en maîtriser les usages, de produire des compromis entre les acteurs aux intérêts divergents et d'endosser un rôle d'« agent double ». Selon Olivier Nay et Andy Smith, les « intermédiaires » exercent une double fonction : cognitive, c'est-à-dire qu'ils produisent une intelligibilité commune entre ces espaces hétérogènes (appelés alors « généralistes »), et stratégique, en facilitant les compromis et les solutions acceptables par toutes les parties prenantes (appelés « courtiers »). Ces intermédiaires peuvent être les mêmes acteurs, adoptant des stratégies différenciées, selon qu'ils évoluent dans l'espace économique ou politique.

Le **Schéma 3** récapitule ces différentes notions adaptées à l'analyse de la mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

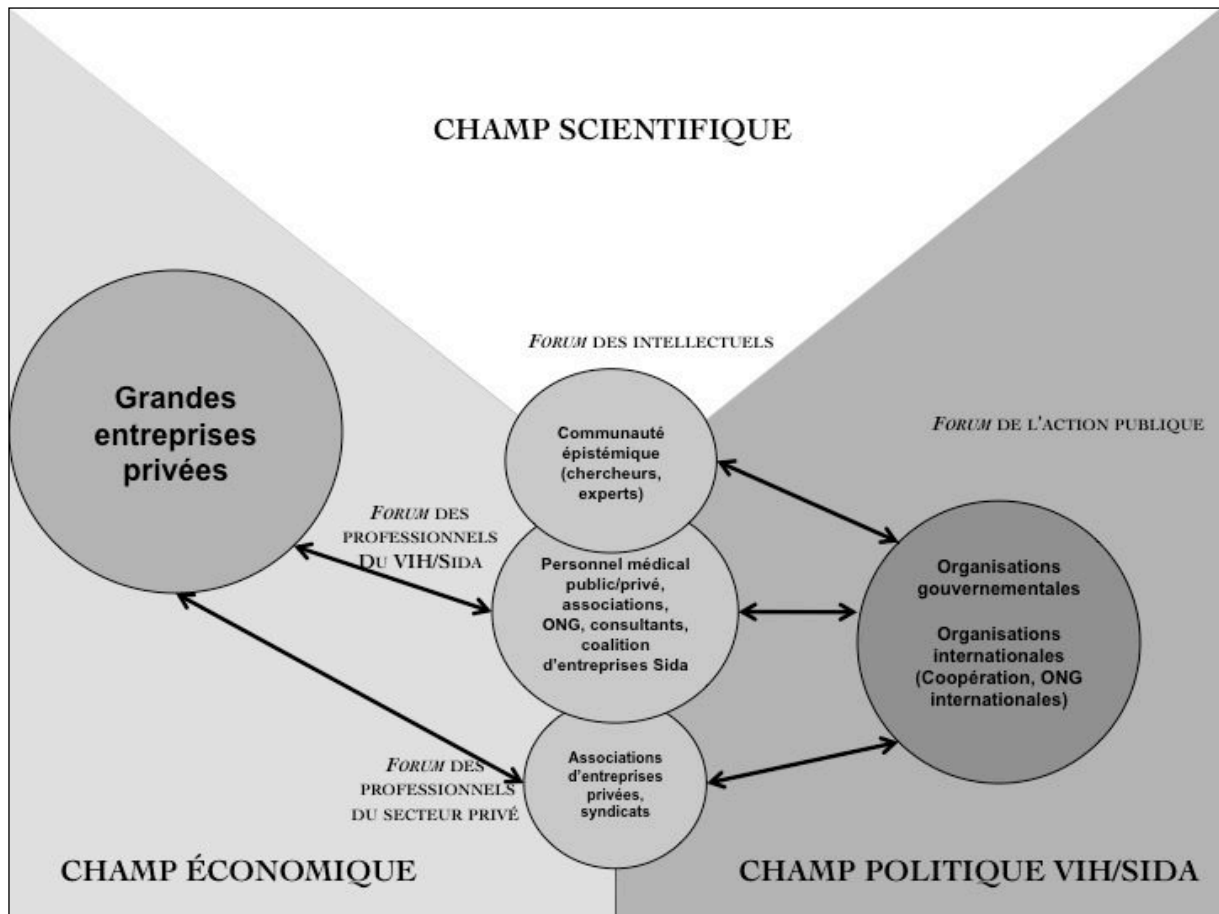
¹⁶³ Pierre Bourdieu définit le champ économique comme « un univers régi par des lois spécifiques, résultant d'un processus de différenciation historique, parmi lesquelles en premier lieu la poursuite de l'intérêt proprement matériel ».

¹⁶⁴ Pierre Bourdieu définit le champ politique comme un champ ayant pour enjeu d'« imposer la vision légitime du monde social », notamment par « l'accès aux moyens de manipulation légitime de la vision du monde (ce qui est la définition de l'action politique) » (Bourdieu 1996, 12-13).

¹⁶⁵ Le champ scientifique se définit comme « le lieu (c'est-à-dire l'espace de jeu) d'une lutte de concurrence qui a pour enjeu spécifique le monopole de l'autorité scientifique » (Bourdieu 1976, 89).

¹⁶⁶ Ces individus qui interviennent simultanément dans des espaces aux intérêts et représentations divergentes ont pris des appellations nuancées nombreuses : « courtiers » (Boissevin, Sabatier), « relais » (Crozier et Friedberg), « médiateurs » (Jobert et Muller), « intermédiaire » (Goffman) « porte-parole » (Callon), « leaders transactionnels » (Bailey), « intégrateurs » (Friedberg), « marginaux-sécants » (Jamous), « passeurs » (Marié), « entrepreneurs de médiation » (Gaudin), « bricoleurs d'idéologie » (Bourricaud), « traitres culturels » (Ellis, Thompson et Wildasky). Cette liste a été formulée par Olivier Nay et Andy Smith (Nay et Smith 2002, 13).

Schéma 3 Forums et champs de la mobilisation des entreprises privées dans le VIH/sida



Source : auteure

J'avais montré au chapitre 1 que la « communauté épistémique » avait œuvré à opérer le passage d'un « paradigme d'exclusion » en un « paradigme d'inclusion ». En accompagnant la transformation des « cadres d'idées et de standards » (Hall 1993, 279) concernant les stratégies des entreprises privées face au VIH/sida, elle a participé à délégitimer les stratégies fondées sur l'exclusion des travailleurs ou candidats à l'embauche infectés et à promouvoir le modèle de prise en charge de la santé de leur force de travail.

En Côte d'Ivoire, ce passage d'un « paradigme d'exclusion » à un « paradigme d'inclusion » a également été observé. Cependant, l'analyse du contexte ivoirien, à travers une approche portée sur la sociologie des acteurs, permettra d'enrichir la compréhension des modalités de cette évolution.

4.2. Activistes et professionnels du VIH/sida

Du « marché du sida » au « marché des entreprises »

Dans les années 2000, l'organisation de la lutte contre le VIH/sida au sein du secteur privé s'est intensifiée par l'adoption de cadres et de modèles multisectoriels promus par les organisations internationales (que j'analyserai au chapitre 6). Or, si ces politiques multisectorielles et partenariales (*forum* d'action publique) n'ont eu que peu d'impact sur la mobilisation des entreprises privées au niveau direct, elles en ont eu une influence fondamentale au niveau indirect.

En effet, depuis les années 1990 et surtout des années 2000, en Côte d'Ivoire (Delaunay et al. 1999), comme au Cameroun (Eboko et Mandjem 2011) ou encore au Bénin (Soriat 2014), les financements exceptionnels du VIH/sida ont créé un véritable « marché du VIH/sida », relativement autonome de celui de la santé, au sein duquel ont évolué une diversité d'acteurs (gouvernementaux, personnel médical, associations, religieux, etc). Karine Delaunay a montré qu'à la fin des années 1990, en Côte d'Ivoire (et au Sénégal), un ensemble hétérogène d'acteurs (religieux, personnel médical, membres du PNLS, jeunes cadres, etc.) avait créé des associations dédiées au VIH/sida, ou avait adapté leurs associations ou leurs ONG aux enjeux du VIH/sida, afin de capter les diverses opportunités financières promises par les bailleurs de fonds (Delaunay et al. 1999). En effet, afin de pallier les limites des réponses strictement médicales, les bailleurs de fond avaient développé un soutien direct aux acteurs se prévalant de la « société civile ».

Dans le courant des années 2000, certains acteurs du VIH/sida se sont engagés dans un nouveau type de reconversion, cette fois ci, auprès du secteur privé. Dans un système largement façonné par la dépendance à une aide aléatoire, les entreprises privées sont apparues comme une source de revenus alternative, directe et complémentaire. Au-delà des stricts intérêts en termes de santé publique, la patientèle des entreprises privées était particulièrement attractive. Dans un contexte où 49% de la population vit avec moins de 1\$ par jour, les 3% de salariés issus du secteur formel et bénéficiant généralement d'une couverture maladie (ou au moins, à l'époque, de facilités accordées par l'entreprise), étaient une cible de choix.

Un ensemble de « professionnels du VIH/sida » (médecins, laboratoires privés, entreprises pharmaceutiques, assurances, ONG, associations, etc.) a alors adapté ses stratégies, afin de proposer ses services aux entreprises privées. En complément, d'autres organisations directement spécialisées dans la lutte contre le VIH/sida en entreprises privées se sont créées. Ainsi, un « marché du sida » s'est développé autour des entreprises privées, non plus au sens politique de Karine Delaunay, qui fait référence aux stratégies de courtage, mais au sens proprement économique, dans un processus direct d'offre et de demande de services marchands. Ce phénomène a été observé tant en Côte d'Ivoire qu'au Cameroun. Je distinguerai deux types d'acteurs : les acteurs médicaux et les acteurs issus de la société civile.

Une offre de santé concurrentielle

En Côte d'Ivoire, des structures de santé publiques et privées, spécialisées dans la VIH/sida ou généralistes ont investi le marché des entreprises, développant, au-delà de la prise en charge médicale, un ensemble de prestations de services, telles que l'organisation de sessions de formation du personnel médical et non médical de l'entreprise, l'accompagnement dans la mise en œuvre du programme, leur évaluation, ou l'organisation de campagnes de dépistage sur site. En Côte d'Ivoire, si le Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT) et le Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan (CIRBA) ont été les fers de lance de cette approche, suivant deux modèles distincts¹⁶⁷, d'autres structures de santé publiques et privées se sont positionnées sur le marché du sida en entreprises. L'**Encadré 10** présente les différentes structures de santé qui ont engagées des prestations spécifiques de prise en charge du VIH/sida auprès des entreprises privées.

¹⁶⁷ Ces deux centres ont développé deux types de modèle, voire deux visions antagonistes. L'approche du SMIT s'est fondée sur le système public, promouvant la décentralisation, l'appropriation, l'internalisation et la vulgarisation de la prise en charge du VIH/sida par la formation des médecins au sein des entreprises. L'approche du CIRBA est basée sur le privé, faisant valoir l'externalisation du dépistage et de la prise en charge par quelques structures spécialisées, dans un système où le médecin d'entreprise est contourné. Tandis que le premier modèle fait valoir les principes de pérennité, de banalisation et de diffusion, au détriment d'un risque d'isolement et de manque d'expertise du médecin (malgré les comités thérapeutiques auxquels il est tenu de participer), le deuxième modèle valorise les principes de confidentialité et de professionnalisme, au détriment des enjeux de pérennité et du maintien d'un exceptionnalisme du VIH/sida. Bien que ces deux structures soient les deux acteurs majoritaires sur le marché du VIH/sida en entreprises, ils n'en n'ont pas pour autant le monopole.

Encadré 10 L'offre concurrentielle des acteurs médicaux en Côte d'Ivoire

Le **Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT)** a développé des activités en entreprises par la création du cabinet GroForMed, un cabinet indépendant créé à l'initiative de quatre de ses professeurs. L'approche du SMIT est une approche publique : elle promeut la décentralisation, l'appropriation, l'internalisation et la vulgarisation de la prise en charge du VIH/sida par la formation des médecins d'entreprises. Elle fait valoir son excellence universitaire en matière de VIH/sida et sa légitimité publique. Le SMIT a développé un réseau d'entreprises partenaires à partir de relations personnelles et d'une solidarité de corps entre acteurs médicaux (entre médecins internes et externes à l'entreprise).

le **Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan (CIRBA)** du Dr Henri Chenal, a été l'autre grande structure proactive auprès des entreprises privées. Créé en 1996 par une convention entre le gouvernement ivoirien et l'Unesco et géré par le Pr Luc Montagner et sa Fondation mondiale recherches et prévention sida (FMRPS), le CIRBA est un centre semi-privé, ayant pour vocation initiale d'être un centre de recherche clinique et biologique de pointe. Cependant, dès 1998, il a développé des activités de prévention et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Cette même année, il a initié une proposition d'offre de formation en prévention auprès des entreprises. Alors que le CIRBA se doit de proposer certaines prestations « publiques » (consultations gratuites, mise à disposition de ses médecins, bilans biologiques, etc.), la clientèle issue du secteur privé, qui représente environ 50% de sa file active actuelle¹⁶⁸, est devenue un moyen privilégié de compenser un certain manque à gagner et d'assurer une source de revenus réguliers. Des « forfaits tout compris » se sont progressivement élaborés pour s'adapter à leurs besoins¹⁶⁹. Leur cible de départ était essentiellement constituée d'entreprises multinationales (Groupe ACCOR (Novotel, Ibis, Sofitel, Pullman), Nestlé, Total, Shell, SAPH (groupe Michelin), Unilever, etc.), qui s'est élargie depuis. L'approche du CIRBA est basée sur le privé, faisant valoir l'externalisation du dépistage et de la prise en charge par quelques structures spécialisées, dans un système où le médecin d'entreprise est contourné. Le CIRBA fait valoir son professionnalisme (ponctualité, discrétion, adaptation aux besoins) et sa qualité de services (humains et techniques). Ce centre s'est notamment posé comme une structure adaptée à la prise en charge de cadres ou de hautes personnalités (des « patients VIP »), notamment via l'intermédiaire du Cabinet Chenal, situé dans le quartier des affaires du Plateau, qui constitue un relais d'appui particulièrement appréciable pour cette clientèle.

La **Clinique du Manguié**, une clinique privée spécialisée dans la médecine d'entreprises, a œuvré activement pour développer le *business* de la santé en entreprises, par le canal privilégié du VIH/sida. Dirigée par le Dr Any Grah, celui-ci incarne un type d'acteurs « multi-positionnés » qui, par la voie du VIH/sida, a développé un fort réseau d'influence et développé le marché de la santé en entreprises. Ce médecin a adopté différentes casquettes (médecin, consultant, formateur, informateur, concepteur d'outils, chercheur, etc.), investi différents champs (entreprises, société civile, politiques) et mobilisé différents réseaux (privés, transnationaux, publics). Sa clinique privée s'est ainsi spécialisée dans la médecine du travail, fournissant à un ensemble d'entreprises (essentiellement des firmes multinationales françaises¹⁷⁰) des médecins vacataires (éventuellement permanents). S'appuyant sur des réseaux transnationaux (*GBC*, Sida entreprises), il a rapidement développé des activités sur le VIH/sida en entreprises. Il a accompagné les entreprises dans l'élaboration de leurs programmes, été recruté ponctuellement pour des tâches de consultance (enquêtes CAP, redynamisation de

¹⁶⁸ Il s'agit d'une estimation du responsable de la formation du CIRBA, qu'il est difficile de chiffrer de manière exacte (perdus de vue, décès des patients, absence de transferts de dossiers). La file active du CIRBA est de 2.500 patients, sur un total de 9600 dossiers ouverts.

¹⁶⁹ En 2009, un système de mutualisation a été instauré, dont les coûts généralement proposés sont de 30.000FCFA par an et par employé, et de 50.000FCFA par famille (consultations, bilans classiques), avec proposition de tests complémentaires : charge virale (30.000FCFA), test de résistance (250.000FCFA), etc..

¹⁷⁰ Particulièrement la SGBCI (Société générale), Unilever, Solibra, CIB (LCL), CFAO, Afri Chen SOFACO, Carena (Bolloré), Sicodis.

programmes, etc.), a monté des études sur le VIH/sida en entreprise, en collaboration avec un laboratoire pharmaceutique¹⁷¹, a fondé l'ONG « Bien Vivre », qui a donné naissance au magazine de santé « Bien vivre » (SARL) distribué au sein des entreprises privées, ou encore, a développé un logiciel pour le suivi des activités de la médecine d'entreprises.

Le **Centre médical inter-entreprises (CMI)** situé en plein cœur du quartier des affaires du Plateau, est un centre médical suivant une soixantaine d'entreprises. Avec l'arrivée du VIH/sida, il a développé une expertise dans le VIH/sida afin de répondre aux besoins de patients d'entreprises qui présenterait une infection à VIH. Celle-ci s'est faite avec l'appui de la fondation GlaxoSmithKline (GSK). Cette fondation a soutenu la Fédération des mutuelles médicales de Côte d'Ivoire (FEMCI), une fédération regroupant sept entreprises gérée par la compagnie d'assurance MCI (*Managed Care International*), dans l'organisation de la prise en charge de leurs employés infectés par le VIH/sida au sein de ce centre. C'est ainsi que les médecins du CMI ont été formés (4 sont prescripteurs sur les 20 médecins du centre), que le poste d'une assistante sociale a été créé, que l'activité de prise en charge s'est développée sous la tutelle du SMIT, en collaboration avec le laboratoire du projet RETRO-CI et qu'il a bénéficié d'un appui matériel du Programme d'urgence multisectoriel de lutte contre le VIH/sida (PUMLS) de la Banque mondiale. Ce projet initial de la fondation GSK a également produit un effet de levier auprès des entreprises membres de la mutuelle, qui apportent leur contribution financière.

Enfin, d'autres structures de santé spécialisées dans le VIH/sida ont démarché la clientèle prisée des entreprises privées, tel le **Centre de prise en charge de recherche et de formation, le Cepref**¹⁷², mais de manière moins systématique que ses prédécesseurs. Par exemple, en 2012, sur ses 4.500 patients sous ARV, les patients d'entreprises représentaient uniquement 2,6% de leur file active (soit 117 patients). Les patients des entreprises privées représentent un groupe de patients privilégiés : en échange d'une consultation (habituellement gratuite) payée 5000FCFA, ces patients ont accès à certains privilèges, avec en premier lieu, l'exemption de la file d'attente. Face aux difficultés financières que présentait le centre au moment de l'enquête, la redynamisation d'une offre de services auprès des entreprises privées était une voie en cours d'exploration.

Au Cameroun, ce marché de la prise en charge médicale du VIH/sida en entreprises se retrouve également, mais de manière plus limitée. Des structures spécialisées dans le VIH/sida (tel que l'Hôpital Laquintinie à Douala), et des cliniques privées (telles que le Centre Médical des Roseaux et la Polyclinique de Bonanjo à Douala) ont développé des activités de prise en charge VIH/sida pour les patients d'entreprises. Cependant, à la différence de la Côte d'Ivoire, ce marché a été moins proactif et moins organisé. Alors qu'en Côte d'Ivoire, les structures de santé (publiques ou privées) ont développé elles-mêmes des activités complémentaires de prévention (formation, sensibilisation et dépistage), afin de stimuler une demande en entreprise, les structures de santé du Cameroun ont d'avantage agi

¹⁷¹ Cette étude qui mesurait l'observance à l'aide de boîtiers électroniques qui contenaient les ARV, a été effectuée en collaboration avec le laboratoire Pharmtex, au sein de Unilever et de Nestlé, portant sur 40 patients.

¹⁷² Ce centre spécialisé dans le VIH/sida, basé à Yopougon, a été créé, via l'ONG Aconda-VS, avec le Programme ANRS Coopération Côte d'Ivoire (PAC-CI), dans le cadre de la mise en place des essais thérapeutiques Cotrimo et Cotrame. Aujourd'hui, il fait partie des centres intégrés au projet ANRS Temprano, évaluant l'efficacité de la mise sous traitement précoce.

en collaboration avec d'autres structures (associations, cabinets) spécialisées dans cette phase en amont¹⁷³.

Acteurs de la société civile : entre commerciaux et activistes

En Côte d'Ivoire comme au Cameroun, certaines ONG et associations ont développé des stratégies auprès des entreprises privées, en arborant deux casquettes : celle d'activiste (prévention et lutte contre la discrimination) et celle de commercial (recherche de ressources complémentaires aux revenus irréguliers de l'aide internationale). En Côte d'Ivoire, nous pouvons citer des organisations telles que Ruban Rouge, Ecoform, Amepouh, Femmes+, OHASA, AIMAS, ou encore Eden Service, etc. Il existe tout un continuum d'associations, des plus bénévoles aux plus commerciales. J'en ai distingué trois types : les activistes, les intermédiaires et les commerciales.

Du côté des « activistes », certaines associations de personnes vivant avec le VIH/sida (Amepouh, Femmes +) effectuent des témoignages auprès des employés d'entreprises, de manière bénévole.

De manière intermédiaire, certaines associations qui étaient initialement positionnés sur le créneau des « communautés » ont développé des stratégies auprès des entreprises privées dans une double logique militante et financière. L'association Ruban Rouge¹⁷⁴ est un exemple particulièrement fort de ce type de stratégies (cf. **Encadré 11**).

¹⁷³ Par exemple, c'est ainsi que le Centre Médical des Roseaux, situé à Akwa à Douala, agit en étroite collaboration avec l'association communautaire et médicale SWAA-Littoral, via l'interface clé du Dr Henriette Meilo, exerçant dans les deux structures. L'association SWAA-Littoral est composée de 4 unités opérationnelles : 1) prévention et mobilisation communautaire, 2) unité médicale de consultations gynécologiques, pédiatriques et dermatologiques, 3) unité counselling pour le dépistage au sein d'hôpitaux, 4) unité sociale, avec le recrutement et la prise en charge gratuite de patients indigents.

¹⁷⁴ Ruban Rouge est une association de prévention et de prise en charge psycho-sociale et thérapeutique. Elle propose des consultations sur RDV, des visites à domicile, de la massothérapie, une proposition de conseil et dépistage volontaire (CDV) fixe et mobile.

Encadré 11 Étude de cas : Ruban Rouge. Stratégies commerciales d'une association communautaire (Côte d'Ivoire)

Créée en 1994, l'association Ruban Rouge a développé une offre de formation auprès des entreprises privées, à partir de 2002. Elle s'est fait accréditer comme centre de formation auprès du Fonds de développement pour la formation professionnelle (FDFP), leurs formations au VIH/sida pouvant ainsi être payées, par l'intermédiaire de ce fonds. Ruban Rouge est ainsi intervenu auprès d'une vingtaine d'entreprises privées et publiques¹⁷⁵, leur proposant des services variés : formation de pairs éducateurs et du personnel dirigeant, sensibilisations, études CAP (connaissances, attitudes et pratiques), élaboration de plans d'action, dépistage.

Plus récemment, elle a été un partenaire de la création de la « ligne 116 Info sida », en octobre 2011, en partenariat avec la Fondation MTN, le Pepefar et JHU/CCP¹⁷⁶.

Cette source de revenus privés a permis de compléter les financements des partenaires extérieurs tels que Solidarité sida, Sidaction, Aides, la Fondation de France, le Fonds Marie, Esther, la Mairie de Paris, Equilibre & populations, l'USAID/Pepfar, Geneva Global ou EGPAF. Au moment de l'enquête, la plupart de ces financements (sauf Esther), avaient pris fin ou avaient été bloqué suite à la crise post électorale, mettant l'association dans de fortes difficultés financières, d'autant que son siège social, situé au cœur de la rue Princesse de Yopougon avait été pillé au cours des événements.

Son président, Raoul Boka, a également été choisi comme le coordinateur du volet « secteur privé » du Round 9 du Fonds mondial, géré par l'ONG Alliance-CI, illustrant un acteur multi-positionné entre le « forum d'action publique », le « forum des entreprises privées » et le « forum des professionnels du VIH/sida ».

A l'autre extrémité du continuum se trouvent les organisations d'orientation plus commerciales. Je prendrai ici l'exemple du Groupement d'intérêt communautaire (GIC), *Maléo santé* + (anciennement *Maléo social marketing*), implanté au Cameroun et qui s'est avéré être un acteur majeur de l'accompagnement des entreprises privées dans leurs programmes VIH/sida (cf. Encadré 12).

Encadré 12 Étude de cas : Maléo santé +. Marketing du VIH/sida et « label VIH/sida » (Cameroun)

Créé en 2002, ce Groupement inter communautaire (GIC) issu du secteur de l'agriculture, s'est rapidement reconverti autour des enjeux du VIH/sida. Son objectif était de fournir une expertise technique aux entreprises privées, en réaction au flot d'ONG et d'associations sida sur le marché. Maléo santé + a connu un pic d'activités à partir de 2004. Ce GIC s'est distingué par son approche *marketing*, fondée pour répondre aux besoins et exigences spécifiques du secteur privé. Certains activistes du VIH/sida lui ont ainsi reproché d'avoir participé à commercialiser un « label VIH/sida », en proposant des « formations bonne conscience » de quelques jours aux entreprises qui souhaitaient afficher, à moindre frais, un engagement dans la lutte, sans pour autant s'adapter à leur contexte, ou proposer un suivi adéquat.

L'activité de Maléo santé + a connu une forte croissance de ses activités au moment où des conventions avaient été signées entre des entreprises privées et le comité national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) (Chapitre 5). Depuis que la manne s'est tarie, son activité a décliné. Au moment de mon enquête (2011), Maléo santé + était au chômage technique.

¹⁷⁵ Sitarail, Sotra, Sodefor, Filtisac, Centre des métiers ruraux, Prosuma, CFAO, Unilever, Telecel, Banque mondiale, Lonaci, IPS, SOGB, TRCI, Ivoire Coton, CICR, PALM-CI, Laborex, ADM Cococa, BHCI, entreprises du Ministère de l'économie et des finances (ECOMCI), PSCN, (ex combattants), CNPS, Sodeci, etc.

¹⁷⁶ Les parties prenantes de ce partenariat sont : MTN pour la communication, Pepefar pour le matériel, JHU/CCP (Johns Hopkins University Center for Communication Programs) pour l'assistance technique (supports de communication, formation et suivi) et Ruban Rouge pour le personnel.

Des intermédiaires au fondement de la mobilisation des entreprises privées

Tandis qu'au sein des entreprises privées, la santé représentait un enjeu marginal, ces « intermédiaires », sont parvenus à faire le lien entre le monde de la santé publique et celui des entreprises privées, deux espaces aux règles, procédures, savoirs et représentations différentes. Par ailleurs, ils ont réussi à convaincre les chefs d'entreprises de s'engager dans des programmes de santé publique. D'un côté, ils ont endossé le rôle de « traducteur », c'est-à-dire qu'ils ont démontré les intérêts économiques des entreprises d'un enjeu de santé publique, en s'appuyant sur des arguments intelligibles pour le secteur privé (coût/efficacité, bénéfiques en termes d'image) et notamment sur des études coût/bénéfices qu'ils ont parfois eux-mêmes produites (fonction cognitive). D'un autre côté, ils ont assuré le rôle d'« entrepreneur du VIH/sida », en développant des stratégies commerciales, en amont (démarchage, plaidoyer), et en aval (prestations de services). En fin de compte, ils ont participé activement à l'élaboration de la norme de l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida. Le travail de ces « intermédiaires », dans une démarche essentiellement commerciale au sein du « champ économique », a donc été décisif dans la prise en compte du problème du VIH/sida au sein des entreprises privées, élaboré au sein du « champ politique ». En effet, ce n'est pas tant le *besoin* des entreprises privées de trouver une solution au problème du VIH/sida, mais plutôt le développement d'une *offre* d'expertise et d'opportunités extérieures, qui a dynamisé le processus.

En résumé, la structuration d'un « champ du VIH/sida », largement financé par l'aide internationale, a généré la mobilisation de nombreux activistes et de professionnels de santé, dont certains ont diversifié leurs actions auprès des entreprises. Au cours de cette approche, oscillant entre démarche activiste et commerciale, ils ont participé à diffuser certaines normes internationales au sein du secteur privé. Au final, la présence d'un « champ du VIH/sida » actif a été un vecteur décisif pour la mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre cette épidémie. Ces intermédiaires se sont fait les relais en action, de « communautés épistémiques » et agences internationales normatives promouvant la participation du secteur privé au sein de la lutte contre le VIH/sida.

Dans cette perspective, la Côte d'Ivoire avec ses spécificités, le Cameroun avec les siennes, illustrent de manière plus générale la dynamique d'extraversion, de réappropriation, d'instrumentalisation et d'adaptation des acteurs associatifs et professionnels de santé

africains à la configuration globale du « marché du sida ». De ce point de vue, la section qui se clôt ici souligne des facettes d'un objet global localisé qui s'observe ailleurs en Afrique, du Bénin (Soriat 2014; Bonvalet 2014) à la République centrafricaine (David 2013), en passant par le Cameroun (Vidal 2014; Eboko et Mandjem 2011) et l'ensemble des pays fortement dépendants de l'aide internationale dans la réponse à l'épidémie à VIH.

Conclusion du chapitre 3

La mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida n'est donc pas un phénomène binaire, au sein duquel, facteurs bioéconomiques et facteurs éthiques auraient sous-tendu conjointement les stratégies privées. Ainsi, j'ai montré que, en dépit de la rhétorique dominante, les programmes des entreprises privées n'ont été que très peu motivés par le besoin d'apporter une réponse rationnelle à une menace pesant sur leur productivité. La manière dont l'apogée de la mobilisation des entreprises privées a coïncidé avec la baisse drastique du coût des traitements souligne clairement que les raisons ayant conduit les entreprises à s'impliquer n'ont que peu été intrinsèquement motivées par la préservation de la santé de leurs employés. En effet, l'objet du VIH/sida, en se positionnant à l'interstice de différentes dynamiques (intérêts économiques, sociaux et symboliques), a joué d'une très grande force d'attraction.

Le VIH/sida s'est avant tout présenté comme un enjeu social, suscitant des réponses en continuité avec la tradition sociale des entreprises (préserver la cohésion sociale, affirmer le rôle de protection) (*facteurs sociaux*). Ensuite, l'apparition du VIH/sida a coïncidé avec l'accroissement d'un cadre cognitif global promouvant les stratégies éthiques et responsables des entreprises. Ainsi, l'inquiétude première qu'avait suscitée le VIH/sida s'est transformée en force d'attractivité auprès d'entreprises privées en quête de légitimité (*facteurs symboliques*). Dès lors, les programmes n'ont pas tant été motivés par des études claires de coûts et de bénéfices, que par un effet de mimétisme généralisé, porté par des acteurs cherchant à affirmer une place de *leader* au sein de différentes arènes locales ou globales, et suivis par des acteurs désirant se conformer à cette nouvelle « norme sociale » en construction.

Enfin, en développant un champ dynamique, l'intense mobilisation collective autour du VIH/sida a été une condition déterminante pour que les entreprises s'investissent sur cet objet particulier, en raison de la présence d'experts, de professionnels et d'activistes démarchant avec force les entreprises privées. Ces « intermédiaires » ont ainsi joué le rôle de relais entre les normes internationales élaborées et diffusées au sein du champ politique, et la mise en pratique, dans une approche oscillant entre activisme et commerce, au sein du champ

économique. Ainsi, les politiques publiques multisectorielles n'ont pas eu un impact, tant direct qu'indirect, sur la mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida.

J'approfondirai ce dernier point dans le chapitre suivant, à partir de l'analyse comparée des stratégies des entreprises privées dans le VIH/sida (un champ surinvesti) et de celles actuelles portant sur l'hépatite B (un champ sous-investi).

Chapitre 4. **L'impact décisif de la mobilisation collective sur les initiatives privées de santé. A partir d'une comparaison avec l'hépatite B.**

Les entreprises privées sont apparues, *a posteriori*, comme des « médiateurs de surcroît » dans l'accès aux ARV : c'est-à-dire qu'en poursuivant leurs propres intérêts (la santé de leur force de travail), elles auraient influencé, « malgré » elles, l'action publique et favorisé l'accès universel des traitements (Eboko, Owona Nguini et Enguéléguélé 2009). Cette analyse confirme le postulat néolibéral selon lequel les entreprises privées constitueraient des lieux où naîtraient des initiatives de santé publique. Selon cette approche, ces acteurs privés seraient amenés à s'investir dans le domaine de la santé de leurs employés afin d'optimiser leur productivité (Foucault 2004). Cependant, ce lien de causalité a-t-il été, dans la pratique, si linéaire ?

Le chapitre précédent a démontré, à partir de l'analyse des facteurs de l'engagement des entreprises privées de Côte d'Ivoire, que celles-ci ne s'étaient pas tant investies dans la lutte contre le VIH/sida pour préserver leur capital humain qu'en fonction d'autres enjeux sociaux, symboliques et extérieurs. Le présent chapitre prolonge ce raisonnement, en se focalisant plus spécifiquement sur l'étude de l'impact des enjeux extérieurs et de l'interaction des entreprises privées avec leur environnement politique. Quelle a été l'influence de la puissante mobilisation collective sur l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida ?

Pour cela, je propose de changer d'angle d'analyse. Ce quatrième chapitre vise à comparer le rôle que les entreprises privées ont joué dans la lutte contre le VIH/sida, au moment de l'accès aux ARV au début des années 2000 avec des pathologies moins médiatisées. A cette époque, l'enjeu du VIH/sida bénéficiait déjà d'une exceptionnelle mobilisation collective internationale (Smith et Whiteside 2010), alors qu'aujourd'hui, s'amorcent

seulement des réponses de grande envergure pour des pathologies encore peu investies collectivement. En effet, malgré la croissance des pathologies chroniques en Afrique subsaharienne, tels que le diabète, les cancers, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires ou les hépatites virales, le coût de leurs traitements reste hors de portée de la majorité de la population. Dans ce contexte, les grandes entreprises privées représentent, aujourd'hui, l'un des rares lieux où sont amorcées des initiatives de prévention et de prise en charge de ces pathologies lourdes.

Dès lors, deux types de questions se posent : d'une part, à quelles conditions les entreprises privées se mobilisent-elles dans la prévention et la prise en charge d'un enjeu de santé publique ? D'autre part, quelles sont les conditions pour que ces initiatives privées se généralisent et se diffusent au sein de l'espace sanitaire public ? Autrement dit, quelles sont les conditions pour que les entreprises puissent tenir le rôle de « modèle » dans la promotion de la santé publique ?

Afin d'apporter des éléments de réponse, je propose de mettre en lumière une pathologie spécifique, à savoir l'hépatite virale B. En effet, la situation du VIH/sida du début des années 2000 et celle de l'hépatite B aujourd'hui comprennent de nombreux points de convergences, tant au niveau des défis sanitaires mondiaux que des initiatives des entreprises privées.

Pour ce faire, ma démarche s'effectuera en trois temps : 1) je présenterai les similitudes et les divergences entre le VIH/sida d'hier et l'hépatite B d'aujourd'hui ; 2) j'exposerai les stratégies actuelles des entreprises privées dans la prévention et la prise en charge de l'hépatite B, en les mettant en perspective avec celles initiées pour le VIH/sida ; 3) j'étudierai les facteurs économiques et politiques qui ont été à l'origine de ces initiatives pionnières.

Ce chapitre se base essentiellement sur des entretiens effectués auprès de médecins d'entreprises, ainsi que d'acteurs extérieurs engagés dans la prévention et la prise en charge de l'hépatite B (laboratoire pharmaceutique, Programme national de lutte contre les hépatites virales - PNLHV). Par ailleurs, il s'est nourri des réflexions menées au sein de l'équipe du projet DOD-CI (« Demande et offre de dépistage du VIH et des hépatites virales B et C en Côte d'Ivoire » - ANRS 12287, investigateur scientifique Joseph Larmarange), et des éléments de contexte apportés par l'enquête qualitative exploratoire sur le dépistage des hépatites B et C effectuée par Catherine Enel (Enel 2013).

1. Le VIH/sida d’hier et l’hépatite B d’aujourd’hui : similitudes, différences, continuités et ruptures

Aujourd’hui, alors que l’on estime à 35 millions le nombre de personnes infectées par le VIH/sida dans le monde, dont 25 millions en Afrique subsaharienne¹⁷⁷, dix fois plus de personnes seraient porteuses du virus de l’hépatite B (VHB) de manière chronique, soit 380 millions d’individus, avec 600.000 personnes mourant de ses conséquences chaque année¹⁷⁸. Les inégalités de traitement entre le Nord et le Sud, qui ont longtemps marqué les enjeux de la lutte contre le VIH/sida, tendent à se réitérer aujourd’hui dans le cas de l’hépatite B, comme pour d’autres pathologies qui ont connu un regain d’intérêt à la suite de la riposte au VIH/sida, comme le paludisme et la tuberculose. Alors que les médicaments permettant de lutter efficacement contre l’hépatite B (ténofovir ou entécavir) sont disponibles et accessibles dans les pays riches, le coût des traitements reste largement prohibitif pour les 80 % de porteurs chroniques du VHB dans le monde qui se situent au Sud (Lemoine, Nayagam et Thursz 2013). En Côte d’Ivoire, alors que la prévalence de l’hépatite B est évaluée entre 8 et 12 % (Combe et al. 2001; Legbedji 2012), le coût de ces traitements est estimé entre 7.200 € (ténofovir) (4,5 millions FCFA) et 12.000€ (Peginterféron Alpha-2A®) (8 millions FCFA) par an et par patient, sans compter les frais annexes (Enel 2013), tandis que le PIB/habitant n’est seulement que de 900 € (585.000 FCFA). A cette inégalité Nord/Sud s’ajoute une inégalité inter-pathologies Sud/Sud entre les patients infectés par le VIH/sida et ceux porteurs d’une hépatite B. Tandis que le ténofovir, un antirétroviral efficace pour traiter les deux pathologies, est disponible gratuitement pour les premiers, il est délivré au prix fort (600 €/mois en Côte d’Ivoire, soit 400.000 FCFA) pour les seconds. Les patients co-infectés VIH/VHB ont ainsi de meilleures chances d’être soignés que ceux qui ne présentent qu’une infection au VHB.

Au début de l’épidémie du VIH/sida, les défenseurs de son « exceptionnalité » mettaient en avant le rôle de « brèche », de « levier » ou de « fenêtre d’opportunité » pour d’autres causes sanitaires (Herzlich et Adam 1997). Les privilèges qui lui ont été accordés ont été fortement critiqués, tant du côté de la production de déséquilibres et de dysfonctionnements des

¹⁷⁷ OMS (2012) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>

¹⁷⁸ OMS (2013) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/>

systèmes de santé nationaux que de l'éviction et du « déclassé » d'autres pathologies à l'agenda politique mondial (Lemoine et al. 2013). Dans un deuxième temps, la mobilisation autour du VIH/sida a ainsi « reclassé » d'autres pathologies, telles que le paludisme et la tuberculose, en bénéficiant directement des mécanismes de financement exceptionnels créés pour le VIH/sida (Eboko 2013a). Cependant, malgré des initiatives encourageantes, telles que l'initiative DNDi (*Drugs for Neglected Diseases initiative*¹⁷⁹) ou l'objectif fixé par l'OMS en 2012 d'éradiquer dix maladies oubliées d'ici 2020, les autres pathologies restent toujours dans l'« ombre » du VIH/sida, alors que le contexte de crise financière mondiale freine la dynamique de mobilisation.

Si l'engouement international autour du VIH/sida a permis une universalisation de l'accès aux traitements aussi rapide qu'inespérée, avec 10 millions de personnes mises sous ARV en quelques années dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (ONUSIDA 2013), les hépatites virales peinent à bénéficier de la « brèche » créée par le VIH/sida quelques années plus tôt. Autrement dit, l'amélioration constatée de la prise en charge du VIH/sida rencontre des difficultés à servir d'exemple pour un ensemble d'autres enjeux sanitaires.

2. Stratégies des entreprises privées dans la prise en charge du VHB

2.1. Stratégies intégrées, marginales et partielles

Les initiatives privées mises en place dans le domaine de l'hépatite B ont été extrêmement variables en fonction des entreprises rencontrées. En effet, le circuit de la prévention et de la prise en charge de l'hépatite B se caractérise par une plus grande complexité que celui du VIH/sida, explicitée dans l'Encadré 13.

¹⁷⁹ La DNDi est une initiative lancée en 2003 dont l'objectif est de développer des médicaments contre les maladies négligées. En effet, alors que seulement 10 % de la recherche pharmaceutique est consacrée à des maladies qui totalisent 90 % de la charge mondiale de morbidité, cette initiative se présente comme une réponse pour pallier à ces insuffisances. Ces maladies sont le paludisme, la tuberculose, la lèpre, ou encore des maladies moins connues telles que la leishmaniose viscérale (kala-azar), la trypanosomiase africaine (maladie du sommeil) et la maladie de Chagas. La DNDi est une organisation de recherche indépendante, à but non lucratif, créée par le Conseil indien de la recherche médicale (ICMR), Médecins sans frontières (MSF), l'Institut Pasteur, le Kenya Medical Research Institute (KEMRI), la Fondation Oswaldo Cruz et le Ministère malaisien de la santé ainsi que quatre grands instituts de recherche. Elle opère selon un mode collaboratif, en partenariat avec des industries pharmaceutiques privées, des institutions publiques, des universités et ONG.

Encadré 13- L'hépatite virale B en bref

Dans le cas du VIH/sida, le circuit du patient est relativement simple. Un dépistage du VIH est effectué, suivi d'un test de confirmation en cas de sérologie positive. Si le 2^{ème} test confirme le 1^{er}, une prise de sang est alors effectuée afin de mesurer le nombre de cellules CD4 dans le sang et de définir si la personne séropositive est éligible ou non à un traitement. Selon les nouvelles recommandations de l'OMS de 2013, si le nombre de CD4 est inférieur à 500 cellules/mm³, la personne séropositive doit être mise sous traitement ARV. Si ce nombre est supérieur, elle est placée en suivi. Ces recommandations ont évolué : en 2006, l'OMS avait fixé le seuil à 200 CD4, à 350 CD4 en 2010 puis à 500 CD4 en 2013.

Pour l'hépatite B, la situation est plus complexe. Tout d'abord, il existe différentes formes de maladies liées au virus de l'hépatite B (VHB) : l'**hépatite B aiguë** dont l'individu guérit généralement spontanément et sans traitement (et qui dure 6 mois maximum). Dans moins d'un cas sur dix, le virus s'intègre dans le matériel génétique de l'individu et l'hépatite devient alors chronique. L'**hépatite B chronique, peut être soit inactive**, supposant une surveillance, soit **active**, nécessitant un traitement.

Le dépistage est complexe car l'individu peut présenter des anticorps du virus dans le sang, selon trois cas de figure : 1) s'il a été vacciné par le passé ; 2) s'il a fait l'expérience d'une hépatite B aiguë dont il a guéri naturellement ; 3) s'il s'agit d'une primo-infection. Dans les 2 premiers cas, l'individu est protégé, tandis que dans le 3^{ème}, il est porteur du virus. Plusieurs marqueurs sont donc nécessaires pour caractériser la situation.

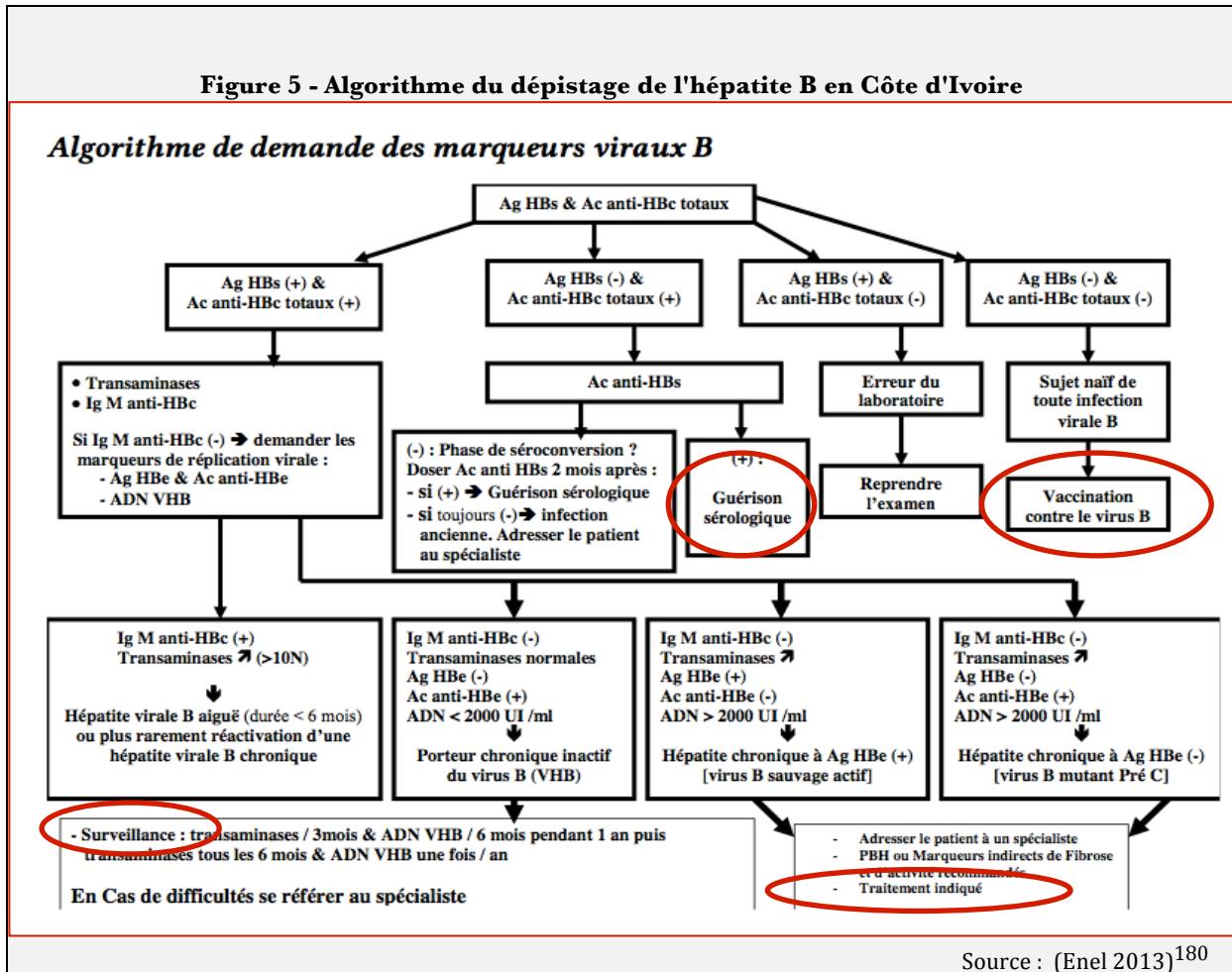
Dans un 1^{er} temps, le dépistage sert ainsi à détecter si l'individu présente une infection à VHB qui se traduit par la présence de l'antigène HBs (Ag HBs).

Ce 1^{er} marqueur est normalement accompagné d'un autre marqueur (Ac anti-HBc) qui signe la présence d'anticorps dans le sang. Ainsi, ces deux données croisées donnent lieu à quatre situations différentes (cf.

Figure 5 ci-dessous) :

- 1) Ag Hbs (-) et Ac anti-HBc totaux (-) qui signifient que le sujet est **naïf de toute infection**, et qu'une vaccination contre le VHB est recommandée
- 2) Ag HBs (+) et Ac anti-HBc totaux (-) : erreur de laboratoire
- 3) Ag Hbs (-) et Ac anti-HBc totaux (+) : un nouveau type de dépistage (Ac -anti-HBs) est préconisé, afin de déterminer si l'individu présente une immunité protectrice acquise à la suite d'une infection naturelle guérie ou d'une vaccination
 - Si oui : alors **l'individu est protégé**, sans besoin de vaccination
 - Si non : peut-être l'individu est-il en phase de **séroconversion**. En effet, la présence d'Ac anti-HBc a la caractéristique d'apparaître précocement, au début de l'infection, sans que ces anticorps ne soient nécessairement protecteurs. Dans ce cas, un dépistage avec le marqueur Ac anti-HBs est préconisé deux mois plus tard, ces anticorps apparaissant plus tardivement : entre deux semaines et quatre mois après la disparition de l'Ag Hbs.
- 4) Ag HBs (+) et Ac anti-HBc totaux (+) : dans ce cas, il n'y a pas de doute sur la présence d'une **hépatite chronique**. Dès lors, de nombreux examens complémentaires sont nécessaires afin d'identifier s'il s'agit d'une **hépatite aiguë, inactive** ou **active**.

Figure 5 - Algorithme du dépistage de l'hépatite B en Côte d'Ivoire



L’articulation des différentes caractéristiques de l’hépatite B (diversité des formes de maladie liée au VHB, possibilité de guérison naturelle, existence d’un vaccin, trois marqueurs de dépistage nécessaires) rend non seulement le circuit du dépistage et du traitement plus complexe, mais également plus coûteux. De plus, cette complexité conduit à une faible information des médecins non spécialisés.

Les entreprises se trouvent face à un plus grand nombre de stratégies possibles, qu’elles mettent en œuvre en fonction de leurs ressources cognitives et financières. Voici les différents types observés.

¹⁸⁰ L’algorithme de demande des marqueurs viraux B a été procuré à Catherine Enel par un médecin chargé d’étude au PNLHV. Il s’agit de la 3^{ème} version, deux versions antérieures ayant été publiées dans la revue R.HEPAVIR [2007, 2008].

Les stratégies exhaustives : beaucoup de moyens pour peu d'élus

Quelques rares grandes entreprises multinationales et nationales, issues de secteurs industriels rentables (pétrole, cacao) et qui emploient une main-d'œuvre limitée et qualifiée, ont déployé des moyens conséquents afin de proposer des stratégies intégrées et globales dans la prise en charge de l'hépatite virale B auprès de leurs employés. Celles-ci comprennent un dépistage préventif combinant les deux marqueurs recommandés (Ag HBs et Ac anti-HBC totaux), suivi de la vaccination des sujets naïfs de toute infection au VHB, la prise en charge thérapeutique des porteurs d'une hépatite chronique active et la surveillance des porteurs chroniques asymptomatiques, en assurant une couverture financière totale à leurs employés. De cette manière, et suite à l'élan créé par le VIH/sida, la gestion proactive de l'hépatite B est devenue un moyen de se positionner parmi les entreprises *leaders* dans le domaine de la sécurité, de la santé et du bien-être au travail. Ces stratégies ne se limitent pas à la prise en charge de l'hépatite B ; elles proposent aussi à leurs employés toute une gamme de services de soins de pointe : dépistage régulier de certains cancers, couverture des frais entraînés par une dialyse, traitement des cancers, évacuation sanitaire à l'étranger (notamment en France), etc.

La vaccination : une pratique basique et aléatoire

Avant que n'émergent ces initiatives pionnières de dépistage et de prise en charge de l'hépatite B à la fin des années 2000, certaines entreprises privées proposaient déjà une offre de vaccination à leurs employés. Le vaccin contre le VHB est disponible en Côte d'Ivoire depuis 1992 et une politique vaccinale auprès des nourrissons, initiée en 2001, est effective depuis son intégration au Programme élargi de vaccination (PEV) en 2006. Cependant, il n'existe aucune politique systématique pour protéger les groupes particulièrement exposés (personnel médical, individus dans des institutions fermées, patients sous transfusion, individus aux partenaires sexuels multiples, etc.). Selon une étude effectuée auprès de 65 entreprises privées de la zone urbaine d'Abidjan, 22 % d'entre elles proposaient le vaccin contre le VHB en 2004 (Tchicaya et al. 2006). L'Institut national d'hygiène publique (INHP) se déplace sur leurs sites, sur proposition de leur part ou à la demande des entreprises. Ce sont

les entreprises qui en financent ou pré-financent le coût. Cependant, la vaccination n'est pas toujours pratiquée de manière rationnelle.

En effet, selon l'algorithme en vigueur, un dépistage systématique des employés devrait précéder les campagnes de vaccination, d'une part afin d'éviter de vacciner un individu déjà immunisé¹⁸¹ et, d'autre part, pour ne pas réveiller une hépatite chronique inactive. Cependant, les coûts liés à une telle politique, conjugués à un manque de formation des médecins sur cette thématique, conduisent généralement à occulter ce volet. Un médecin d'entreprise témoignait du caractère aléatoire de l'organisation des campagnes de vaccination :

« Parce qu'on se vaccine, on se vaccine au hasard ! Peut-être qu'il faut faire le dépistage d'abord, pour savoir qui vacciner et puis après vacciner ! » (Médecin entreprise 20)

Effectivement, l'INHP, qui s'occupe de l'organisation des campagnes de vaccination en entreprises, ne propose pas de dépistage en amont. Selon cet organisme public, au-delà de la vaccination contre l'hépatite B, certaines entreprises privées choisissent les types de vaccin davantage en fonction de considérations financières (budget disponible) que sanitaires (risques des employés, épidémies actuelles, etc.). A titre illustratif, le vaccin du tétanos serait selon les responsables du service marketing de l'INHP un vaccin qui a actuellement la « cote » auprès des entreprises car il s'agit d'un vaccin « bon marché ».

Les initiatives partielles et limitées : le
risque de la « médecine d'assurance »

La plupart des entreprises privées qui amorcent des actions de prévention et de prise en charge de l'hépatite B le font de manière partielle, limitée et façonnée par les contraintes de coûts.

Les stratégies de gestion de la santé en entreprise tendent effectivement à être davantage élaborées en fonction des budgets disponibles et de la pression des assurances que de considérations de santé publique. Autrement dit, si la gestion de la santé est financière, elle n'est pas bioéconomique : celle-ci est davantage portée sur les coûts que sur la coût-efficacité en termes de préservation du capital humain. L'organisation d'une campagne systématique de dépistage constitue le premier pas d'une stratégie globale. Pour autant, les différents coûts afférents freinent les entreprises à s'engager sur ce terrain. Le premier obstacle est lié au coût du dépistage proprement dit. Ce dernier est rarement couvert par les assurances. Un médecin

¹⁸¹ Selon certains spécialistes, la proportion de personnes déjà immunisées à l'âge adulte serait majoritaire en Côte d'Ivoire.

d'entreprise témoignait de la manière dont les enjeux financiers entraînent des compromis, voire des compromissions, avec la santé publique :

« Les personnes adultes, on peut leur proposer le vaccin. Bon là encore, il y a même une autre question qui se pose : avant de faire le vaccin, est-ce qu'il ne faut pas chercher à savoir leur statut ? Scientifiquement oui ! Mais bon, si c'est une masse de gens, c'est toujours coûteux de faire le test, de savoir qui est positif, qui est négatif. » (Médecin entreprise 17)

Le deuxième frein est lié aux éventuels coûts de la prise en charge des personnes dépistées positives (traitements estimés entre 7 à 8 millions de FCFA par patient, examens de suivis, contrôles sanguins, etc.) qui donnent lieu à des estimations budgétaires extrêmement dissuasives. Certains médecins d'entreprises sont dès lors peu désireux de proposer un dépistage systématique qui ouvrirait cette boîte de Pandore. L'un d'eux affirmait :

« Tant que vous laissez les gens, de façon naturelle, se soumettre à un dépistage, vous n'allez pas avoir 10.000 personnes qui ont l'hépatite B. Si vous faites un dépistage, que vous avez 10 personnes, comment vous assurez leur prise en charge ? Vous allez fortement charger l'assurance et à partir de ce moment là, y a un problème. » (Médecin entreprise 29)

La définition de l'existence ou de la non-existence de l'hépatite B est ici appréhendée à partir du point de vue exclusif de l'entreprise et des assurances. Si la maladie n'a pas d'impact direct visible sur l'entreprise, elle n'a alors pas de réalité. L'exercice d'une « médecine d'assurances » est alors un risque important, au sein de laquelle les considérations « sociales » et « citoyennes » affichées pour le VIH/sida sont désormais absentes.

Bien que le VIH/sida ait ouvert une « brèche » pour la prise en charge d'autres pathologies en entreprises, en ayant participé au développement de l'extension et de la qualité de la couverture maladie en entreprises (Chapitre 8), cette ouverture reste limitée. D'une part, nous avons vu que l'utilisation des « fonds sida » pour d'autres pathologies telle que l'hépatite B fait face à des résistances (Chapitre 3) et les assurances santé sont aujourd'hui réticentes à inclure la prise en charge de l'hépatite B dans leur offre. D'autre part, la menace du coût potentiel d'un employé porteur d'une hépatite chronique active B peut conduire à des stratégies de discrimination à l'embauche. A ce stade, je n'ai pas les moyens d'évaluer si cette pratique est étendue à d'autres entreprises, pour autant, elle mérite une attention particulière.

Un médecin d'entreprises m'a d'ailleurs confié :

« Donc par rapport aux hépatites, nous d'emblée à la visite d'embauche, on fait ça chez tous les candidats. Ok ? On dépiste. Maintenant ceux... et la charge virale tout ça... Maintenant ceux qui ont des hépatites chroniques... (*il chuchote*) on les met inaptés ! » (Médecin¹⁸²)

¹⁸² Afin d'assurer l'anonymat, le n° de l'entreprise correspondante n'est pas identifié ici.

2.2. Du VIH/sida à l'hépatite B: de la peur à l'indifférence

En dépit de sa forte prévalence, l'hépatite B est peu visible car méconnue et peu diagnostiquée au sein des entreprises. Des médecins relatent quelques cas d'hépatite virale chronique active qui leur ont donné quelques « sueurs froides ». Etant donné qu'ils ne font pas l'objet d'une identification systématique, ils ne sont donc pas identifiés comme une cause possible d'une éventuelle baisse de productivité. Si l'impact du VIH/sida sur la productivité des entreprises n'a pas été la cause directe de la mise en place de leurs programmes d'accès aux traitements, sa visibilité et son impact en termes de morbidité ont été des éléments déclencheurs. Un médecin d'entreprise faisait part de la différence de représentations de l'hépatite aujourd'hui et du VIH/sida d'hier :

« Mais l'expression du VIH fait beaucoup plus peur aux gens que les hépatites ! Bon, c'est vrai que ce sont des maladies mortelles (la cirrhose, le cancer) mais les hépatites ne vont pas exposer à la diarrhée, amaigrissements, à tousser, à des éruptions esthétiquement... c'est une question. Bon, est-ce que ce sont les entreprises privées qui doivent être devant ? Ça je ne sais pas ! » (Médecin entreprise 17)

Ainsi, alors que la peur liée au VIH/sida a produit des effets délétères en termes de stigmatisation, elle a néanmoins constitué un fort catalyseur de la réponse des entreprises privées. La méconnaissance et l'indifférence actuelle à l'égard de l'hépatite B suscitent davantage de l'immobilisme.

3. Facteurs d'un engagement pionnier mais limité des entreprises privées autour de l'hépatite B

L'engagement des entreprises privées face à l'enjeu de l'hépatite B représente, à l'échelle nationale, à la fois un acte pionnier et limité. Afin de comprendre pourquoi les initiatives des entreprises privées ne se généralisent pas, pour l'instant, à l'espace public, il est nécessaire d'étudier les facteurs de leur engagement et les différents acteurs extérieurs qui ont stimulé leur implication.

3.1. Le développement du marché des hépatites virales

C'est le démarchage de certains « entrepreneurs de la santé » qui a stimulé les initiatives pionnières de dépistage et de prise en charge du VHB au sein de quelques entreprises depuis la fin des années 2000. Deux types d'acteurs ont cherché à accroître ce « marché des hépatites » en entreprises : d'un côté, des acteurs directement engagés dans le domaine des hépatites virales, de l'autre, des « professionnels du VIH/sida » qui ont développé leur offre de services en intégrant l'enjeu de l'hépatite B pour se repositionner au sein du marché de la santé.

Les « professionnels des hépatites »

Les « professionnels des hépatites » regroupent à la fois des acteurs économiques (laboratoires pharmaceutiques) et politiques (PNLHV). En s'appuyant sur l'expérience réussie du VIH/sida en entreprise, ils ont considéré les entreprises privées comme un lieu stratégique pour développer la pratique du dépistage et de la prise en charge de l'hépatite B.

L'offre de dépistage et de prise en charge du VHB est en effet, en Côte d'Ivoire, très limitée. Le PNLHV ne dispose pas de données sur le nombre de patients traités actuellement dans la population générale. Cependant, il est fort probable que le nombre de personnes capables de financer un traitement de l'hépatite B soit très faible. De la même manière, l'offre de dépistage de l'hépatite B est restreinte à quelques laboratoires d'analyse publics et privés qui le réalisent sur prescription médicale¹⁸³, ainsi qu'au Centre national de transfusion sanguine (CNTS), où est réalisé le plus grand nombre de tests, systématiques dans le cadre du don de sang (Enel 2013)¹⁸⁴.

Ainsi, selon un partenariat « gagnant-gagnant »¹⁸⁵, le PNLHV et un laboratoire pharmaceutique ont démarché les entreprises privées : le laboratoire fournissait les intrants du dépistage, et offrait, en cas de détection positive, la 5^{ème} boîte gratuite du traitement (le

¹⁸³ Tels que des laboratoires d'analyses biologiques des CHU, des centres hospitaliers régionaux (CHR) et des hôpitaux généraux (HG) ; le laboratoire antivénérien du CHU de Treichville ; le laboratoire appelé Centre National de Référence des Hépatites Virales, à l'Institut Pasteur ; le Centre Intégré de Recherches Biocliniques d'Abidjan (CIRBA) ; l'Institut National de Santé Publique (INSP) ; certains laboratoires de FSU-com (uniquement l'Ag HBs) ; les laboratoires d'analyses biomédicales privés qui souvent ne font que le prélèvement et délèguent l'examen biologique au CIRBA.

¹⁸⁴ Il ne s'agit donc pas véritablement d'un test de dépistage volontaire ou médical, puisqu'il est réalisé pour assurer la sécurité transfusionnelle.

¹⁸⁵ Selon le Directeur du PNLHV.

Peginterféron Alpha-2A®)¹⁸⁶. Cette collaboration permettait, d'une part, au laboratoire de démarcher une clientèle privilégiée et d'amorcer l'ouverture du marché ivoirien via l'entremise du PNLHV, et d'autre part, au PNLHV d'obtenir des moyens pour développer la prise en charge en Côte d'Ivoire.

La « brèche du VIH » a facilité les démarches auprès des entreprises, comme l'indique le Directeur du PNLHV, le Docteur Emile Allah-Kouadio :

« Le VIH avait déjà travaillé par là, et très peu d'entreprises ont été véritablement réticentes... »
(Directeur PNLHV)

Ainsi, 15 entreprises (représentant 5602 employés) ont participé à ce programme et ont organisé des campagnes de dépistage de l'hépatite B entre 2008 et 2009. Le taux de participation s'est élevé à 76 % ; 310 employés ont été dépistés positifs au VHB (Ag HBs positif), soit 7,3 %, et 30 d'entre eux ont finalement été traités¹⁸⁷. Ce fort décalage entre le nombre d'individus dépistés positifs et ceux qui sont effectivement traités s'explique notamment par le fait que les individus dépistés positifs n'ont pas forcément besoin de traitement.

Reconversion des professionnels du VIH/sida

Au cours du chapitre précédent, il a été montré que l'engagement des entreprises dans la lutte contre le VIH/sida avait été largement dynamisé par le déploiement d'un réseau de « professionnels du VIH/sida » (coalitions d'entreprises, structures de santé publiques et privées, associations, consultants). Tandis que ces acteurs avaient développé un « marché du VIH/sida » en entreprises durant les années 2000, la baisse de la demande en VIH/sida des entreprises observée à la fin de la décennie les a poussés à élargir leur offre à d'autres enjeux sanitaires. Cette nouvelle politique leur a ainsi permis de renforcer leurs programmes VIH/sida, de susciter de nouveaux besoins et de mettre à profit leur expertise acquise. Les hépatites virales, en étant à la fois une maladie chronique et une infection sexuellement transmissibles (IST), ont occupé une place de choix dans ce revirement stratégique.

Par exemple, le centre médical semi-privé, le CIRBA, faisait part du net recul de la demande en formation et en dépistage du VIH/sida dans ses entreprises partenaires. Par exemple, sur 58 entreprises avec lesquelles il avait collaboré par le passé, seulement 11 faisaient encore appel

¹⁸⁶ La campagne incluait également l'hépatite C.

¹⁸⁷ D'autres activités ont été menées en 2010 et 2012, élevant le nombre de dépistés à 7831. Cependant, les données disponibles sont moins détaillées pour ces deux campagnes ultérieures.

à leurs services en 2013¹⁸⁸. En 2012, sur les 2172 personnes dépistées au CIRBA, la prévalence n'était « que » de 2,5 %. Selon le responsable de la formation en entreprises, si ces chiffres sont positifs en tant qu'acteur de la lutte contre le VIH/sida, ils le sont moins pour la survie du centre. Couplé au constat clinique de l'augmentation des coinfections du VIH avec d'autres pathologies, le CIRBA s'est vu contraint d'élargir la diversité de ses services, en intégrant à son offre certaines pathologies chroniques (hypertension artérielle (HTA), diabète, paludisme, hépatites). Avec l'augmentation du coût des prestations, les premières cibles de ce nouveau *package* ont été des entreprises privées à la base financière solide, au premier rang desquelles figurent les firmes multinationales. Alors que le VIH/sida avait été investi par un ensemble composite d'entreprises (nationales et multinationales), faisant une large part à la sensibilisation, l'enjeu de l'hépatite B suscite une recomposition du type d'entreprises engagées dans la santé et un resserrement sur des grandes entreprises multinationales aux chiffres d'affaires conséquents. La dynamique privée, se resserrant sur un nombre limité d'élus, semble actuellement dominer.

3.2. L'impact décisif de la mobilisation collective

Au chapitre précédent, il a été observé que les autorités publiques ivoiriennes avaient exprimé une volonté de *leadership* autour de l'enjeu de l'accès aux ARV à la fin des années 1990. C'est dans ce contexte d'émulation collective autour du VIH/sida que les entreprises s'étaient investies dans la réponse au défi posé par le VIH/sida, incitées par la présence de nombreux professionnels, activistes et experts. Cette situation contraste avec la nature de la mobilisation nationale autour des hépatites une décennie plus tard.

L'apathique mobilisation collective autour des hépatites virales

La mobilisation ivoirienne autour des hépatites virales reste aujourd'hui limitée. Elle a débuté en 2004, avec la création du Réseau ivoirien de lutte contre les hépatites virales (RILHVs) impulsée par un ensemble d'experts regroupés au sein de la Société ivoirienne de gastro-entérologie et d'endoscopie digestive (SIGEED). L'engagement officiel de l'Etat ivoirien ne

¹⁸⁸ Par ailleurs, le CIRBA entretient une collaboration avec environ 80 entreprises, dans le cadre de la prise en charge médicale de leurs employés.

s'est concrétisé qu'en 2008 avec la création de son PNLHV, dont les activités demeurent réduites. A ce jour, ce programme ne dispose ni de référentiel définissant une politique nationale, ni de directives nationales en matière de prise en charge des hépatites ; il mène par ailleurs peu d'actions de prévention et le plaidoyer pour élargir l'accès à la prise en charge est peu développé (Enel 2013). Le budget actuel octroyé aux hépatites virales *via* le PNLHV est officiellement de 50 millions de FCFA (uniquement sur fonds publics), soit un montant dix fois inférieur au budget alloué au VIH/sida en 1996 (650 millions FCFA)¹⁸⁹, et plus de cent fois inférieur à celui octroyé au VIH/sida en 2009 (59 milliards de FCFA, dont 87% sur fonds internationaux).

La faiblesse de cet engagement est à mettre en perspective avec la dynamique de la mobilisation collective internationale autour de l'hépatite B, qui n'en est qu'à ses balbutiements. Ce n'est qu'à partir de 2007 qu'un mouvement international de lutte contre les hépatites a vu le jour sous la forme d'une ONG « *The World Hepatitis Alliance* », regroupant des associations du monde entier. Il s'en est suivi un ensemble d'initiatives, telles que la « Déclaration de Rabat » (2008), la création par l'OMS du *Programme mondial de lutte contre l'hépatite* (2010), l'« Appel de Dakar » (2011), *l'Initiative panafricaine de lutte contre les hépatites* (IPLH) (2011) et le « Consensus de Dakar » (2013), dont le but était d'amener la communauté internationale à reconnaître les hépatites B et C ainsi que le carcinome hépatocellulaire (CHC, ou cancer du foie) comme des problèmes de santé publique majeurs et à mettre en œuvre les dispositifs nécessaires. Néanmoins, si les bailleurs de fonds maintiennent l'interdiction d'accès au ténofovir, déjà subventionné pour le VIH/sida, aux patients infectés par le VHB, et que, de manière plus globale, les organisations internationales ne mettent pas à disposition des fonds comparables à ceux qui ont été alloués au VIH/sida, le risque d'inaction relative des pays du Sud dans la détection comme dans la prise en charge de l'hépatite virale B demeure élevé. Le cas de la Côte d'Ivoire, en tant qu'« adhérent passif » aux injonctions internationales (Eboko 2005b), illustre la corrélation entre la mobilisation nationale et internationale. Alors que ce pays avait saisi les opportunités de l'aide internationale à la fin des années 1990, afin d'adopter une position de *leader* dans la lutte contre le VIH/sida, la mobilisation autour des hépatites virales est encore limitée.

¹⁸⁹ Source : Msellati, Vidal, et Moatti 2001.

Conclusion du Chapitre 4

La comparaison entre l'engagement des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida au début des années 2000 et celui qu'elles exercent actuellement dans la prévention et la prise en charge de l'hépatite B, a mis en exergue la manière dont les modalités et l'intensité de la mobilisation collective autour de certaines pathologies jouent un rôle décisif sur les stratégies sanitaires des entreprises. En amont, elles pèsent sur les facteurs de leurs choix et, en aval, elles accentuent le rôle qu'elles sont amenées à jouer. Dans un premier temps, cette comparaison a démontré que la mobilisation collective extérieure exerce un rôle de déclencheur, voire de catalyseur de l'investissement des entreprises privées autour d'un enjeu de santé. Dans le cas du VIH/sida, la forte mobilisation a suscité une importante participation des entreprises privées, tandis que, pour l'hépatite B, la faible mobilisation n'a entraîné, jusqu'à présent, qu'un engagement limité du secteur privé, réservant ses faveurs à quelques employés privilégiés. Ainsi se trouve confirmé et renforcé ce qui avait été démontré dans le chapitre 3 ; à savoir que les entreprises privées s'étaient engagées, non pas tant pour préserver leur capital humain afin d'optimiser le rendement de leur force de travail (facteurs « bioéconomiques ») mais pour d'autres facteurs sociaux, symboliques et extérieurs.

Cette comparaison souligne également la manière dont les enjeux relatifs aux droits humains sont décisifs pour susciter la mobilisation collective autour d'enjeux de santé publique. A la différence du VIH/sida, la faiblesse des problèmes liés à stigmatisation ou à la discrimination des personnes infectées par une hépatite B, favorise l'inertie collective. Ce constat permet de confirmer, à l'échelle des entreprises, une critique qui a généralement été formulée à l'égard de la santé publique. Aux premières années de l'épidémie du VIH/sida, Jonathan Mann, l'initiateur du premier programme mondial de lutte contre le VIH/sida, le *Global Programme on AIDS* (GPA), adressait une forte critique à la vision socio-économique de la question du sida. Il disait :

« Bien que la recherche autour des déterminants de la santé se poursuive, il est néanmoins évident que l'approche socio-économique pose problème et est inadéquate (...) ; l'analyse socio-économique mène paradoxalement à l'inaction et à la paralysie » (Mann 1996, 219).

Jonathan dénonçait ainsi l'absence d'investissement pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et insistait sur le fort pouvoir de mobilisation d'un discours reliant la santé publique aux droits de l'homme.

« Le lien avec les droits de l'homme offre à la santé publique l'occasion d'une renaissance (...). En accroissant énormément ses capacités de mesure, la santé publique a peut-être perdu le sens des raisons pour lesquelles elle mesurait, et avec quels objectifs. (...). En faisant l'alliance de notre savoir-faire, de nos connaissances et d'une pensée inspirée des droits de l'homme, nous pourrions nous attaquer aux causes, à leurs racines, telles que les maladies, handicaps et morts prématurées » (idem, 224)¹⁹⁰.

Mettre en lumière les difficultés auxquelles font aujourd'hui face les personnes touchées par une hépatite virale B devient ainsi un outil de mobilisation nécessaire pour lutter contre cette épidémie actuellement silencieuse.

En soulignant la prépondérance de l'influence de l'environnement extérieur sur les choix sanitaires des entreprises privées, cette comparaison permet de nuancer le modèle théorique de l'entreprise privée qui serait en tant que « lieu de véridiction » et de confrontation pure de l'offre et de la demande, l'acteur originel des changements sociaux (Foucault 2004). La question des déterminants de l'implication des entreprises sur des enjeux allant au-delà de leurs prérogatives légales, a déjà été discutée dans le contexte de la révolution industrielle de la France du XIX^{ème} siècle. Selon Emmanuel Renault, en dépit de ce qu'affirme Michel Foucault, ce ne sont pas tant les entreprises elles-mêmes que certains acteurs sociaux extérieurs qui ont été à l'origine du développement de la médecine du travail et de la médecine sociale. En effet, c'est par leurs critiques des conditions de travail délétères qu'ils sont parvenus à inciter les entreprises à agir (Renault 2008, 203).

Cette comparaison a également montré, en aval, que l'intensité de la mobilisation collective autour d'une pathologie joue un rôle clé dans la généralisation des initiatives de santé privées au sein de l'espace sanitaire public. Dans le cas du VIH/sida, si les entreprises privées ont pu être qualifiées, *a posteriori*, de « médiateur de surcroît », devenant un vecteur dans l'universalisation de l'accès aux ARV, c'est parce qu'elles ont été relayées par une intense mobilisation collective. A la différence du contexte européen du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle, ce n'est pas tant l'Etat qui a joué ce rôle de généralisation et de diffusion à l'espace public (Castel 2013), mais des puissances étrangères participant à l'« intervention biohumanitaire » (Nguyen 2010). En effet, la position marginale des entreprises privées, qui

¹⁹⁰ Mann, Jonathan, 1996. « L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités », *Prévenir., La santé. Usages et enjeux d'une définition*, 30, Premier semestre 1996 : 217-224.

ne concernent que 500.000 individus (petites, moyennes et grandes entreprises du secteur formel¹⁹¹) sur une population de 20 millions d'habitants en Côte d'Ivoire, ne leur permet pas de jouer un rôle décisif sur l'action publique. Leur rôle dépend de la « configuration » et du dynamisme des autres acteurs engagés qui l'entourent (Elias et Hoffmann 2003). En l'absence d'une mobilisation collective internationale massive, débouchant sur une diminution du prix des traitements de l'hépatite B, les entreprises privées représentent aujourd'hui davantage le vecteur d'un système de santé à double vitesse, privilégiant une minorité d'individus, plutôt qu'un levier d'appui à l'accès universel au dépistage, au vaccin et à la prise en charge de cette maladie.

In fine, nous sommes en face d'une situation classique dans la sociologie de l'action collective et la sociologie politique de l'action publique. A savoir que des phénomènes observés *a posteriori* peuvent donner l'impression de relever de logiques pensées et prescrites à l'avance, alors que des aléas et des concours de circonstances sont à l'origine des mécanismes en question. L'histoire des entreprises privées dans le champ du VIH/sida épouse la trajectoire d'une série de contingences extérieures que la comparaison avec la question des hépatites met en exergue. Des causes similaires (épidémiologiques) n'entraînent pas les mêmes effets (politiques de prise en charge). De même qu'en sciences sociales, il est établi que les mêmes effets ne sont pas nécessairement liés aux mêmes causes (Mann 1991; Fillieule et Péchu 2004). Ces contingences font partie intégrante de l'intérêt, de la richesse et des limites des sciences sociales dont la mission consiste, entre autres, à dépasser les discours des acteurs, de transcender « l'illusion du savoir immédiat » dénoncée par Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron (Bourdieu, Chamboredon et Passeron 1968).

Je propose désormais d'analyser plus en détail la manière dont les entreprises privées ont été intégrées au sein de cette mobilisation collective.

¹⁹¹ Au 31 décembre 2011, selon la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS).

Chapitre 5. La politisation des entreprises privées au sein de l'action publique contre le VIH/sida : de la rhétorique à la pratique (Côte d'Ivoire et Cameroun)

A partir de l'année 2003, la mobilisation collective internationale s'intensifie en Côte d'Ivoire. L'arrivée de différents bailleurs (notamment du Fonds mondial et du Pefpar américain) bouleverse les conditions de départ de l'engagement des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida. D'une part, le secteur privé est relayé par une offre de santé publique qui se développe et devient disponible pour la population générale. D'autre part, des politiques multisectorielles sont formalisées. Dans ce registre, elles en appellent à l'intégration des entreprises privées dans les stratégies nationales. Cet acteur privé lucratif dispose en effet de différents attributs (expériences de programmes VIH/sida, intérêt direct à préserver leur main d'œuvre, ressources financières, implantation locale, organisation institutionnelles et réseaux professionnels) qui constituent des atouts directs à une action publique extravertie, c'est-à-dire qui se trouve largement dépendante et façonnée par l'aide internationale.

Dès lors, l'action des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida est bouleversée : tant aux niveaux de leur rôle, des finalités poursuivies, des collaborations et des légitimités qui sont à l'œuvre. Alors qu'au cours de leurs premières initiatives d'accès aux traitements, les entreprises privées s'étaient caractérisées par leur autonomie d'action, celles-ci sont désormais enjointes à collaborer avec les acteurs publics. Dans cette logique, elles doivent participer aux différents forums où s'élaborent les stratégies nationales ou encore à la mise en œuvre de certains projets financés par des bailleurs de fonds. Autrement dit, les entreprises privées sont impliquées dans les politiques publiques de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire.

La « politisation »¹⁹² d'un enjeu poursuit deux processus concomitants. D'une part, il est « publicisé », c'est-à-dire que l'enjeu passe de la sphère privée à la sphère publique¹⁹³ ; d'autre part, il est « problématisé », c'est-à-dire que l'identification de l'enjeu passe du constat d'une condition sociale « anormale » à la formulation d'un « problème public ». Des voies à suivre pour le traiter sont identifiées et les acteurs les plus légitimes pour le prendre en charge sont désignés (Barthe 2003).

Les entreprises privées ont ainsi été « politisées » à travers le modèle des politiques multisectorielles. Celui-ci justifie l'intégration des entreprises privées à deux titres, lesquels correspondent à deux conceptions de la multisectorialité. Premièrement, en tant que « secteur travail », elles représentent un secteur de la société frappé par cette épidémie que le gouvernement se doit de prendre en charge (conception restreinte). Deuxièmement, en tant que « secteur privé », les entreprises privées constituent un acteur de la société qui est appelé à s'engager parmi l'ensemble des acteurs participant à l'action publique (organisations internationales, ONG, associations, etc.) (conception élargie).

Ainsi, quels ont été les modalités et les effets de la politisation des entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida ? Comment les interactions politiciennes (*politics*) ont-elles influencé les modalités de régulation, les actions et le rôle des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida (*policies*) ? Comment la rhétorique de promotion de l'implication accrue du secteur privé à cette action publique de santé s'est-elle concrétisée dans la pratique ? Enfin, que nous révèle cette expérience spécifique de l'insertion des entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida sur les usages rhétoriques à l'œuvre au sein de la gouvernance mondiale de la santé ?

Afin de répondre à cette série de questions, ma démarche se décline en trois temps. 1) je questionnerai les fondements, la mise en pratique et les contradictions de la rhétorique promouvant la contribution du secteur privé à l'action publique de lutte contre le VIH/sida ; 2) j'analyserai les modalités de la politisation des entreprises privées au sein des forums de l'action publique à travers la question de l'articulation entre les champs économiques et

¹⁹² La notion de *politisation* est polysémique. Généralement, elle désigne la « mise en politique », c'est-à-dire la manière dont toutes sortes de pratiques et d'enjeux sociaux se convertissent en activités politiques. Elle fait également souvent référence à la socialisation de certains individus qui s'intéressent à la politique, ou à la manière dont les partis politiques s'approprient et reformatent des enjeux sociaux selon leurs logiques internes (Lascoumes 2009, p. 458).

¹⁹³ La sphère publique est définie dans une acception plus ou moins large : de l'espace institutionnel politique à l'espace public général.

politiques ; 3) je discuterai la manière dont la politisation des entreprises privées a transformé leur rôle dans l'action publique.

Ce chapitre portera à la fois sur la Côte d'Ivoire et le Cameroun, que j'analyserai corrélativement. En effet, les caractéristiques de la politisation des entreprises privées en Côte d'Ivoire et au Cameroun poursuivent des processus proches. Le cas camerounais permettra de confirmer et de nuancer les analyses formulées à partir du cas ivoirien et des exemples issus du Cameroun permettront d'appuyer et d'étayer les analyses élaborées au cours du chapitre.

1. Les entreprises privées : un acteur providentiel pour sortir de la dépendance à l'aide internationale ?

Les rapports ou plans nationaux qui définissent les orientations stratégiques des politiques de lutte contre le VIH/sida évoquent généralement la « faiblesse » de la réponse du secteur privé et la nécessité de la « redynamiser »¹⁹⁴. Accroître l'implication du secteur privé est un objectif généralement affiché en soi, contrastant avec le peu de détail sur les modalités d'action ou le rôle du secteur privé. L'Encadré 14 récapitule la manière dont celui-ci est apparu au cours des Plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Cette évocation elliptique est commune à celle observée au Cameroun.

¹⁹⁴ (CNLS Côte d'Ivoire 2011a; CNLS Côte d'Ivoire 2012).

Encadré 14 Plans stratégiques nationaux (PSN) et secteur privé (Côte d'Ivoire)

En Côte d'Ivoire, l'enjeu du secteur privé a été pris en compte tardivement au sein des Plans stratégiques nationaux.

Le **Plan stratégique national (PSN) de 2006 - 2010** ne fait qu'effleurer la participation de ce groupe d'acteurs, ne le mentionnant qu'à quatre reprises (au sein de l'organigramme, afin de promouvoir l'annexe fiscale de 2001, afin de renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures de santé (y compris privées) et afin de programmer une étude d'impact sectorielle au sein des entreprises privées)

Au sein du **Plan stratégique national (PSN) 2011 – 2015**, son importance s'est accrue : il y est cité 28 fois. Ce Plan réaffirme le principe de la **multisectorialité**, et invite le secteur privé à participer, aux côtés des autres acteurs, à la mobilisation des **ressources financières** (4.2.2.), ainsi qu'au développement de la collaboration avec des acteurs publics et communautaires dans le continuum des soins (4.4.2). Ce plan se donne particulièrement pour objectif qu'en 2015, « 50% des entreprises privées **contribuent efficacement** à la réponse nationale » (4.5), via différentes actions : la mise en œuvre de **partenariats publics privés** (PPP) stratégiques, le développement de la formation de ses ressources humaines, l'amélioration de **l'offre de soins**, de la gouvernance et du suivi et évaluation.

Certains termes clés sont ici employés empruntés du champ sémantique de la rhétorique du secteur privé, sans que ne soit spécifié comment les ressources financières seront mobilisées ; quel est le type de « contribution efficace » auquel le plan fait référence ; quels sont les types PPP stratégiques évoqués (avec des entreprises ? firmes pharmaceutiques ?), d'autant qu'en Côte d'Ivoire, il s'agit d'une forme de collaboration très peu développée dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, tandis que le plan prend en compte le volet médical (« l'amélioration de l'offre de soins »), la mise en œuvre de ces actions est essentiellement confiée à des acteurs issus du secteur privé, sans compétences médicales : il s'agit des cellules focales des entreprises privées ainsi que les cellules des organisations patronales (CGECI, FIPME, CCI - CI, CNM-CI) et syndicales (UGTCI, FESACI, DIGNITE), qui seront « responsabilisées », le tout sous la coordination générale de la Coalition des entreprises (CECI), dont les actions sont essentiellement tournées vers la prévention.

Enfin, parmi les participants des différentes phases de l'élaboration du plan stratégique national, le « secteur privé » est essentiellement représenté par des acteurs issus des entreprises privées. Par exemple, sur les 168 participants de l'atelier de définition des priorités et des cibles (23-27 août 2010), aucun représentant du secteur privé médical n'a été présent, tandis que cinq représentants des entreprises privées y ont pris part.

L'intégration des entreprises privées voile ainsi le silence fait autour du secteur médical privé, qui représente 40% de l'offre médicale nationale et qui échappe à la politique nationale, depuis les plans stratégiques, jusqu'au suivi et à l'évaluation¹⁹⁵.

Une certaine confusion entoure cette « catégorie vague et vaste » (Fall et Vidal 2006) du « secteur privé », autant sur ses acteurs, son rôle, que ses modalités de participation à la lutte. Cette confusion fait écho à la rhétorique entourant la participation du secteur privé au sein de l'action publique. Je questionnerai ici les arguments rhétoriques généralement avancés pour soutenir la participation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida.

¹⁹⁵ Selon le président de l'Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire.

1.1. Un acteur convoité

Dans un contexte de tarissement des ressources étrangères, le secteur privé apparaît comme une alternative stratégique, répondant à la fois au défi de l'appropriation de la lutte ainsi qu'à celui de la pérennité. Lors de son discours, *Leveraging the new realities of global health financing*, au Bureau de la diplomatie globale de Santé du 21 mai 2014, Michel Sidibé, le Directeur exécutif de l'Onusida déclarait ainsi :

« First, we must move away from the idea of ODA (*Official Development Assistance*) as charity toward it being a more sustainable engine for growth, making sure that we are bringing the private sector, civil society and other key partners to the centre of development policymaking. This will certainly drive more innovative financing opportunities »

Les organisations internationales font consensus sur le fait que l'épidémie ne pourra être arrêtée que si les financements endogènes sont augmentés, et donc que si les financements issus du secteur privé sont accrus. Un agent du Bureau international du travail (BIT) interrogé illustre ainsi le principe de la participation du secteur privé généralement acquis et partagé par l'ensemble des acteurs multilatéraux :

« *Quel est le rôle à jouer des entreprises privées maintenant que la prise en charge est aujourd'hui gratuite ?*

Justement ! C'est ça le problème ! C'est maintenant que les entreprises vont évoluer. Parce que si la tendance est d'avoir une diminution des ressources, que les bailleurs de fonds allouent au VIH... Que ce soit les fondations et tout, à travers le Fond mondial, *il appartient maintenant au secteur privé de se mobiliser pour que la dépendance des ressources internationales puisse être inversée pour qu'on ait plus de ressources domestiques issues du secteur privé, et moins de ressources internationales. (...)*

Donc, c'est maintenant, là, que le secteur privé doit être mobilisé. C'est là maintenant où des activités de plaidoyer... pour montrer que cette pandémie a plus intérêt à affecter la productivité et la rentabilité des entreprises, pour que le secteur privé puisse comprendre et commencer à sortir des fonds, parce qu'ils ont des fonds pour ça ! Ils ont de l'argent ! Mais il faut les convaincre : d'abord montrer qu'il n'y aura plus de ressources, et faire en sorte quand même pour qu'ils puissent maintenant inverser la tendance, pour que de 80/20% ou les 87/13% (*ndlr : fonds internationaux/fonds nationaux*) de la Côte d'Ivoire, elle passe au moins à 60% fonds domestiques et 40% fonds internationaux » (Agent du BIT).

Selon cet agent, les entreprises endossent une responsabilité morale et citoyenne, pas seulement à propos de la lutte contre le VIH/sida, mais qui s'étend également à la lutte contre la dépendance internationale. Cet extrait témoigne d'une requalification plus large du rôle des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida : de la santé publique aux politiques de développement. Le plaidoyer se fonde non plus sur la visibilité et l'impact de la maladie qu'éprouveraient actuellement les entreprises, c'est-à-dire sur leur intérêt réel qu'elles auraient à s'engager, mais sur la nécessité de trouver des solutions au retrait éventuel des bailleurs. Ainsi, quels sont les moyens mis en place pour inciter les entreprises privées à contribuer à la lutte contre le VIH/sida au niveau local ?

1.2. Des mesures non contraignantes des pouvoirs publics

Les mesures incitatives des pouvoirs publics

La Côte d'Ivoire et le Cameroun ont mis en place différentes mesures afin d'inciter les entreprises privées à développer leurs contributions financières et opérationnelles. Selon la catégorisation de Pierre Lascoumes, il existe quatre types d'instruments auxquels l'Etat peut avoir recours, qui correspondent à chaque fois à un rôle spécifique des autorités publiques, reflétant un rapport spécifique entre les gouvernants et les gouvernés. Il s'agit des instruments législatif et réglementaire (Etat pédagogue), économique et fiscal (Etat redistributeur), conventionnel et incitatif (Etat mobilisateur) ou informatif et communicationnel (démocratie du public) (Lascoumes 2003). L'Encadré 15 récapitule les différents instruments que les autorités étatiques ivoiriennes et camerounaises ont utilisé afin de mobiliser les entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida.

Encadré 15 Instruments étatiques utilisés pour la mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida (Côte d'Ivoire et Cameroun)

Les instruments réglementaires et législatifs

Aucun des deux pays n'a eu recours à cette approche

Les instruments économiques et fiscaux

En 2001, la **Côte d'Ivoire** a élaboré une « annexe fiscale », qui visait à exonérer les impôts des entreprises privées ayant mis en place des programmes VIH/sida. Celle-ci n'a jamais été effective, faute de transmission au Ministère des finances ainsi qu'aux entreprises. Plus récemment, en 2010, la Côte d'Ivoire a adopté une parafiscalité sur le tabac pour la lutte contre le VIH/sida (2009)¹⁹⁶. Cette taxe de solidarité a connu une certaine effectivité, ayant rapporté 2 milliards de FCFA (en 2013)¹⁹⁷. Au **Cameroun**, aucune initiative de ce type n'avait été lancée au moment de l'enquête.

Les instruments conventionnels et incitatifs

En **Côte d'Ivoire**, le Fond de développement pour la formation professionnelle (FDFP), un fond public qui oblige les entreprises privées à délivrer des formations à leurs employés en échange d'une cotisation annuelle a été utilisé dans le cadre des formations VIH/sida en entreprises. Certains organismes engagés dans le VIH/sida (associations, centres de santé) sont parvenus à inscrire leurs formations VIH/sida dans le cadre de ce fonds et à convaincre de nombreuses entreprises à engager des actions.

Par ailleurs, l'idée de faire contribuer les entreprises au « panier commun » pour l'achat des ARV a été relatée, sans avoir pour l'instant débouché sur des initiatives concrètes. Enfin, une campagne baptisée « petite monnaie » a été lancée par le Fonds national de lutte contre le VIH/sida (FNLS) en 2012. Il s'agit d'une vente de timbres d'une valeur de 100 FCFA à 100.000 FCFA, en direction de l'ensemble de la population, les plus chers ciblant les entreprises privées et personnalités publiques.

¹⁹⁶ Article 48 de l'annexe fiscale 2009 au regard de l'ordonnance 2008-381 du 18 décembre 2008 portant budget de l'Etat.

¹⁹⁷ Selon Thérèse N'Dri (Colloque International Politique étrangère et de la diplomatie de la santé mondiale, Chaire Savoirs contre pauvreté, les 17 et 18 juin 2013).

Au **Cameroun**, en 2010, une Convention a été signée entre le Ministère de la santé et le GICAM en 2010¹⁹⁸, sous la facilitation du Bureau international du travail (BIT). Il s'agissait d'encourager les entreprises à participer au financement des ARV. Pour l'instant, cette Convention n'a donné lieu à aucune réalisation concrète¹⁹⁹.

Les instruments informatifs et communicationnels

En **Côte d'Ivoire**, ces outils qui valorisent les actions des entreprises privées (dons, programmes) sont utilisés de manière ponctuelle par les autorités nationales. Par exemple, en 2012, le don de 5 millions de FCFA de la Fondation de l'entreprise de télécommunications MTN au Fond national de lutte contre le VIH/sida (FNLS) a été au cœur de la cérémonie de la Journée mondiale du 1^{er} décembre au sein de la mairie d'Abobo. Par ailleurs, un guide des *Bonnes Pratiques* a été rédigé en 2007²⁰⁰ en Côte d'Ivoire par les autorités publiques.

Au **Cameroun**, en 2009, tandis que le pays venait d'essuyer le refus d'une subvention provenant du Fond mondial, l'Etat a lancé un appel public aux entreprises privées, pour que celles-ci l'aident à financer les ARV. Or, aucune négociation n'avait précédé cet appel médiatique, qui a reçu un accueil glacial auprès des entreprises privées que j'ai pu interroger, aucune entreprise du Cameroun n'ayant donné de suite favorable.

Par ailleurs, je n'ai pas observé d'utilisation « positive » des instruments communicatifs ou informatifs au Cameroun, bien que la durée plus courte de mes enquêtes de terrain dans ce pays ne me permette pas de conclure à l'absence d'utilisation de ce type d'outil plus informel.

Tableau 8 Instruments étatiques utilisés pour la mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et au Cameroun

	COTE D'IVOIRE	CAMEROUN
REGLEMENTAIRE ET LEGISLATIF	-	-
ECONOMIQUE ET FISCAL	Annexe fiscale (2001) Parafiscalité sur le tabac pour la lutte contre le VIH/sida (2009) Fond de développement pour la formation professionnelle (FDFP)	-
CONVENTIONNEL ET INCITATIF	FNLS (Fond national de lutte contre le VIH/sida)	Convention GICAM/MINSANTE (2010)
INFORMATIF ET COMMUNICATIONNEL	Guide partenariat public-privé-société civile (2007) Médiatisation des actions/dons	Appel aux entreprises pour financer les ARV (2009)

¹⁹⁸ Convention – Cadre n°10 / MINSANTE / 2010 définissant le cadre de collaboration entre le Ministère de la santé et le Groupement inter-patronal du Cameroun pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/sida au Cameroun.

¹⁹⁹ En 2013, des ateliers ont été organisés, à visée plus opérationnelle, cette fois en intégrant les entreprises, lançant l'idée d'un fond inter-entreprises, financé par les membres du GICAM et servant au financement des ARV de leurs employés, sans que ce projet n'ait pour l'instant eu de suite.

²⁰⁰ (MLS et MSHP Côte d'Ivoire 2007).

Ainsi, face à l'ampleur du défi, ces initiatives ont davantage été symboliques que des réponses réelles à la dépendance étrangère. Face à l'espoir suscité par l'apport financier des entreprises privées, qu'en est-il de leur contribution actuelle ?

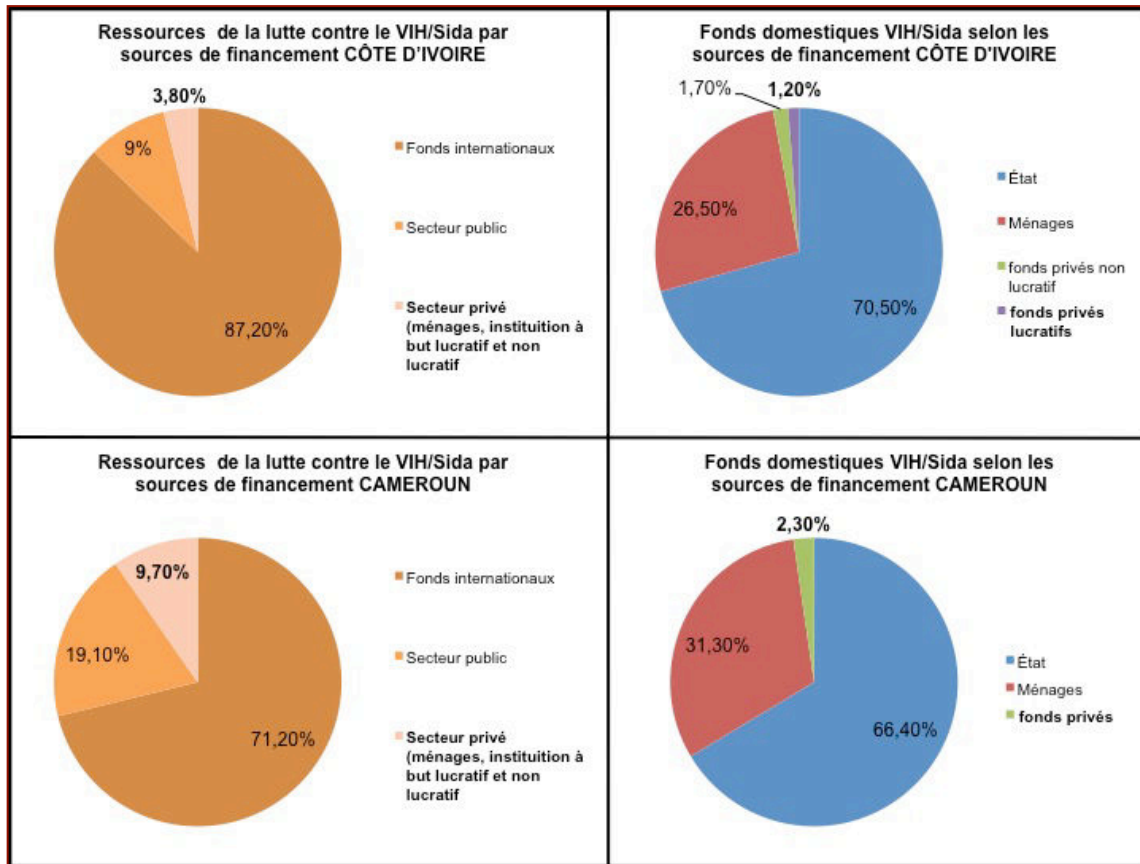
Une contribution résiduelle

Au niveau international, les entreprises privées sont généralement peu enclines à contribuer de manière financière et directe aux actions publiques, à l'exception du cas des fondations d'entreprises (Guilbaud 2012). La difficulté du Fonds mondial à mobiliser les ressources financières des entreprises privées (seulement 0,2% de son budget global) est un exemple probant (Chapitre 1). Ce constat se réitère au niveau local. La contribution du secteur privé aux budgets nationaux est résiduelle. En Côte d'Ivoire, la participation financière des entreprises privées peut être estimée à 0,42% du budget global (soit à 132 millions de FCFA sur un budget de 31 milliards de FCFA en 2009)²⁰¹. Le Cameroun confirme cette tendance, celle-ci peut y être estimée à 0,66% (soit à 159 millions de FCFA pour un budget total de 24 milliards de FCFA) (CNLS Cameroun 2013a). La Figure 6 souligne l'ampleur de la dépendance internationale et la part insignifiante du secteur privé lucratif au sein du budget total (graphiques de gauche) et des financements domestiques (graphiques de droite) en Côte d'Ivoire (en haut) et au Cameroun²⁰² (en bas).

²⁰¹ Cette estimation a été calculée à partir des données nationales (CNLS Côte d'Ivoire 2010). En Côte d'Ivoire, en 2009, le secteur privé (incluant les institutions à but lucratif, à but non lucratif et les ménages) participait à 3,8% du budget national total (comparativement à 9% pour le secteur public et 87,2 % pour les financements internationaux). Au sein même des fonds domestiques, les entreprises privées ne représentaient que 1,2% des financements (contre 70,5% des fonds gouvernementaux, 26,5% des ménages et 1,7% des institutions à but non lucratif). Ainsi, la participation financière des entreprises privées au budget global a pu être estimée à 0,42%.

²⁰² Au Cameroun, en 2011, les fonds provenant du secteur privé représentaient 9,7% du budget total (comparativement à 19,1% pour les fonds publics et 71,2% pour les fonds internationaux). Au sein des fonds domestiques, seulement 2,3% provenaient des fonds privés (contre 66,4% de l'Etat et 31,3% des ménages). Au total, la participation financière du secteur privé domestique hors ménages (entreprises privées, ainsi que d'autres institutions privées non différenciées) pouvait être estimée à 0,66%, soit à 159 millions de FCFA pour un budget total de 24 milliards de FCFA (CNLS Cameroun 2013a).

Figure 6 Sources des financements de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et au Cameroun



Source : Figures effectuées à partir des rapports (CNLS Côte d'Ivoire 2010; CNLS Cameroun 2013a)

Après avoir accordé aux entreprises privées l'accès à la gratuité des ARV²⁰³, les pouvoirs publics ivoiriens et camerounais font face à un véritable « casse-tête », afin de trouver les moyens adéquats qui parviendraient à relancer leur contribution. Les initiatives mentionnées fondées sur des actions ponctuelles, telles que la « campagne petite monnaie » ou la valorisation médiatique de dons privés, demeurent résiduelles au vu des besoins. Au niveau international, l'exemple du « programme des champions » du Fonds mondial²⁰⁴, l'un des mécanismes institué pour accroître la contribution financière des entreprises privées, confirme

²⁰³ En Côte d'Ivoire, au moment de la baisse des prix des ARV, un débat s'était posé sur la pertinence de faire bénéficier les entreprises privées de cette initiative nationale. Le gouvernement a finalement tranché pour une inclusion du secteur privé, leur accordant l'accès gratuit des ARV et des bilans subventionnés, au même titre que la population générale. Ainsi, elles pouvaient s'approvisionner directement auprès par la Pharmacie de santé publique (PSP) ou par l'intermédiaire des structures de santé (SMIT et CIRBA). A noter que seule la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) s'est approvisionnée directement à la PSP. Au Cameroun, les employés d'entreprises ont bénéficié, au même titre que la population générale, d'un approvisionnement gratuit des ARV, via la Syname (Système national d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels).

²⁰⁴ Le « Programme des Champions » du Fonds mondial permet aux entreprises investissant des fonds importants, de participer aux activités de plaidoyer et de relations publiques du Fonds mondial, bénéficiant ainsi d'une forte valorisation médiatique.

le décalage entre la valorisation médiatique et l'apport effectif de telles actions. Cette situation est d'autant plus paradoxale qu'à l'origine, certaines entreprises privées avaient démontré leur capacité à mobiliser leurs ressources financières au cours des initiatives pionnières d'accès aux ARV, contrastant avec le faible engagement financier public. En Côte d'Ivoire, le paradoxe est d'autant plus fort que certaines entreprises disposent aujourd'hui de « fonds sida », dont leur réorientation est devenue problématique avec la gratuité des ARV (cf. Chapitre 3).

L'écart qui sépare l'espoir d'un financement de la lutte contre le VIH/sida par les entreprises privées et son état de réalisation actuelle apparaît vertigineux. Pourquoi les entreprises privées suscitent-elles un espoir si fort quant à la résolution du problème de la dépendance à l'aide internationale ? Quelles sont les fonctions symboliques et stratégiques de l'utilisation de cette rhétorique à propos du secteur privé ?

J'ai identifié trois contradictions majeures de la rhétorique de l'entreprise comme « acteur providentiel » de la dépendance à l'aide internationale. Celles-ci sont étroitement reliées à la notion de multisectorialité, qui représente à la fois un modèle de politiques gouvernementales, ainsi qu'un référentiel plus large promouvant une action publique participative de l'ensemble des acteurs de la société.

1.3. Contradictions de la rhétorique sur la contribution financière du secteur privé

Du modèle consensuel multisectoriel à sa mise en pratique complexe

La difficulté de mobiliser les fonds privés révèle les décalages entre la complexité technique de la mise en œuvre des politiques multisectorielles avec la fragilité des systèmes politiques chargés de les initier. La mise en œuvre d'une réforme telle que l'« annexe fiscale » (Côte d'Ivoire) représente un haut niveau de coordination entre les différents Ministères concernés (finances, lutte contre le VIH/sida, emploi, etc.), nécessitant des ressources adéquates qui sont, dans la pratique, non disponibles. L'échec de cette mesure témoigne d'une limite plus générale à la mise en œuvre des politiques multisectorielles.

A l'origine des politiques multisectorielles, la Banque mondiale a soutenu, via ses fonds MAP (*Multi-country AIDS Program*), la création de « cellules sida » au sein de l'ensemble des Ministères du gouvernement. Ce dernier était appelé à relayer la réponse institutionnelle dans une démarche d'appropriation progressive. De manière générale, cette dynamique s'est révélée peu effective dans la pratique. Que ce soit en Côte d'Ivoire ou au Cameroun, les Ministères qui auraient pu prendre en charge la question du VIH/sida dans le milieu du travail, n'ont pas eu les ressources adéquates. Dès lors, des décalages importants – voire rédhibitoires – sont apparus, séparant les prérogatives de certaines organisations étatiques avec leurs moyens à disposition. Afin d'illustrer ce point et d'en analyser ses conséquences, je prendrai l'exemple de la Direction du secteur privé et de la société civile (DSPSC) de Côte d'Ivoire, une Direction du Ministère de la lutte contre le VIH/sida (MLS) (cf. Encadré 16).

Encadré 16 La Direction du secteur privé et de la société civile (DSPSC). L'échec de la multisectorialité

La Direction du secteur privé et de la société civile (DSPSC) est une Direction du Ministère de la lutte contre le VIH/sida (MLS) chargée de la mobilisation du secteur privé et de la société civile dans la lutte contre le VIH/sida.

Tandis que la DSPSC a la charge de coordonner la lutte contre le VIH/sida auprès de 20.000 entreprises ivoiriennes, ainsi qu'auprès de l'ensemble des organisations de la société civile (700 ONG, ainsi que les associations) celle-ci dispose d'un personnel composé de six personnes et d'un budget pour les frais de fonctionnement résiduel. Ces écarts ont généré deux types de conséquences.

D'une part, au niveau de son *efficacité*, ses activités sont éparpillées et ponctuelles, élaborées en fonction des financements de bailleurs de fonds. D'autre part, la *légitimité* étatique déjà fragile s'est trouvée affaiblie. En effet, étant financièrement limitée, la DSPSC a été amenée à exercer des prestations de services rémunérées, au détriment de ses fonctions formelles de régulation et de coordination. C'est ainsi qu'elle a exigé des entreprises privées qu'elle était en charge de mobiliser une rétribution financière pour ses différents frais de mission (carburant, logement, formations), concurrençant dès lors les autres prestataires de services (associations, ONG, structures de santé) qu'elle avait la charge de réguler.

Au final, tandis que la DSPSC n'est que rarement connue et reconnue des entreprises privées de mon échantillon, voire des agences gouvernementales que j'ai rencontrées (PNPEC, DPSE²⁰⁵), c'est davantage la Coalition des entreprises de lutte contre le VIH/sida (CECI) qui est perçue comme le référent principal de la gestion du secteur privé.

Ce phénomène témoigne des contradictions intrinsèques du processus de transferts de normes, que Dominique Darbon a analysé dans le cas du transfert des normes de la « gouvernance ».

A ce sujet, Dominique Darbon écrivait :

La domination cognitive des pays développés « devient problématique lorsqu'elle conduit à imposer un agenda ainsi que des référentiels et des techniques à des sociétés en développement dont les dynamiques sociales ne produisent pas ces enjeux et dont les

²⁰⁵ Programme National de Prise en Charge (PNPEC) et Direction de la planification, du suivi et de l'évaluation (DPSE).

capacités de gestion très limitées ne pourront assurer la mise en œuvre » (Darbon 2008, 138)

Les observations menées dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et au Cameroun conduisent à réitérer ce constat dans le cas de la multisectorialité. Tandis que cette approche tient pour objectif de proposer une réponse intégrée et participative, elle a eu tendance à participer à la désintégration et à la fragmentation des dispositifs politiques en place. Tandis que cette formule a suscité une adhésion unanime auprès de la communauté internationale, elle a eu tendance à gommer la complexité technique que requiert un tel système de coordination, sans prendre en compte les capacités de gestion limitées des Etats déjà « fragiles ».

Des injonctions exogènes qui gommant les
initiatives et acquis institutionnels endogènes

Deuxièmement, l'échec de la mobilisation financière du secteur privé à la lutte contre le VIH/sida révèle un phénomène corrélatif au premier : l'imposition de l'agenda de réformes élaborées en dehors des acquis institutionnels et des initiatives endogènes. Au sein de l'Encadré 15 (cf. supra), j'ai évoqué la manière dont le Fonds de développement pour la formation professionnelle (FDFP) avait été utilisé avec succès pour financer les formations VIH/sida des entreprises. Il s'agit de l'unique mécanisme public qui soit réellement parvenu à inciter les entreprises privées à développer des activités VIH/sida, montrant son effectivité pratique. Cette initiative a été impulsée par des « professionnels du VIH/sida », désireux de faciliter leurs démarches activistes et commerciales auprès des entreprises privées. Cette initiative est donc issue du champ économique et non politique.

Dès lors se révèle un autre paradoxe de la rhétorique de la multisectorialité. Tandis que la communauté internationale invoque la participation des entreprises privées au regard de leurs capacités financières, les modèles pratiques proposés éludent des mécanismes institutionnels en place et contrecarrent des démarches endogènes. Le recours aux entreprises privées apparaît comme un instrument rhétorique stratégique utilisé par des Etats, soucieux de s'abstraire d'une partie de leur responsabilité à mobiliser des fonds domestiques, en transformant cette responsabilité étatique telle que formulée lors de la conférence d'Abuja²⁰⁶

²⁰⁶ A Abuja, en avril 2001, les Etats africains s'étaient engagés à augmenter la part de leurs budgets consacrés à la santé à hauteur de 15%.

(2001), en responsabilité partagée²⁰⁷.

Une rhétorique déconnectée des relations sociologiques des acteurs en présence

Enfin, cet échec révèle l'absence de prise en considération des réalités sociologiques préexistantes et des relations unissant les divers acteurs concernés. Le processus d'élaboration des différentes mesures présentées (cf. supra) s'est généralement effectué en dehors de concertations avec les acteurs privés. Le Cameroun illustre particulièrement cette situation. Concernant la convention signée entre le Groupement inter-patronal du Cameroun (GICAM) et le Ministère de la santé, celui-ci n'avait pas inclus les entreprises privées dans le processus d'élaboration, tandis que la Convention avait été élaborée dans un esprit « d'élan de solidarité » que les acteurs privés auraient eu vis-à-vis de l'Etat²⁰⁸. De la même manière, l'appel public que l'Etat avait lancé aux entreprises privées une année auparavant, pour l'aider à financer les ARV n'avait pas été précédé de négociations.

En retour, une profonde défiance anime les entreprises privées à l'égard de l'Etat. Les entreprises privées interrogées perçoivent l'Etat avant tout comme un agent percepteur, qui « veut l'argent », selon l'expression ivoirienne. A partir de l'étude des évaluations effectuées par la Banque mondiale sur la mise en œuvre de la réglementation auprès des entreprises privées, Florentin Blanc a montré que, loin de l'idée généralement admise, les entreprises privées font l'objet de nombreux contrôles publics en Afrique subsaharienne, essentiellement axés sur le contrôle à des fins de taxation, au détriment de la diffusion et de l'information des réglementations en vigueur (Blanc 2014)²⁰⁹. Différents acteurs interrogés (entreprises privées et extérieurs) ont relevé le caractère peu enclin des entreprises à voir leurs contributions diluées dans les finances publiques, celles-ci préférant participer de manière directe et localisée (soutien aux structures de santé publique, ouverture des soins aux communautés, etc.), bénéficiant ainsi d'une reconnaissance sociale de proximité. A propos de l'échec d'une

²⁰⁷ A titre illustratif, c'est ainsi qu'au sein des plans et des rapports nationaux, l'augmentation des fonds privés est systématiquement accolée à celle des fonds publics dans la réponse qui est formulée face au problème de la dépendance (CNLS Côte d'Ivoire 2006; CNLS Côte d'Ivoire 2011a).

²⁰⁸ Selon la coordinatrice de la Coalition de la communauté d'affaires du Cameroun (CCA-Sida).

²⁰⁹ Cette étude a été menée à partir des données de la Banque mondiale, en Guinée, au Libéria, au Kenya et en Côte d'Ivoire.

initiative appelant les entreprises à financer directement les pouvoirs publics, un médecin ivoirien engagé dans les arènes politiques résumait cet état de fait.

« Mais ils voulaient avoir les sous des entreprises. Ca ne marchera jamais ! Qu'on soit en France, en Côte d'Ivoire...Ils ne donneront jamais leur argent à l'Etat ! Le système ne marche pas comme ça ! Ils ne savent pas où leur argent part. »

Ainsi, les mesures gouvernementales semblent davantage destinées à afficher des initiatives auprès des organisations internationales, plutôt qu'à amorcer une véritable collaboration avec le secteur privé. En retour, les entreprises affichent une préférence pour des actions directes et concrètes, en dehors de toute collaboration étatique. L'appel à la contribution du secteur privé pour financer la lutte contre le VIH/sida relève ainsi davantage de ce que Bruno Boidin a appelé, à propos des partenariats publics privés (PPP) de santé, une « formule incantatoire » (Boidin 2014) à destination des partenaires financiers, que de preuves ou de stratégies empiriques qui permettraient effectivement de pallier la dépendance internationale.

Des rhétoriques en contradiction

La participation des entreprises privées à l'action publique de lutte contre le VIH/sida est justifiée par quatre types de référentiels : le référentiel multisectoriel gouvernemental (sens restreint), le référentiel multisectoriel participatif (au sens large), l'approche de la responsabilité sociale des entreprises (RSE) et la rhétorique gagnant-gagnant des partenariats public privé. Si chacun de ces référentiels partage l'inclusion du secteur privé au sein de l'action publique, le modèle de la multisectorialité gouvernementale, centré sur les politiques publiques coordonnées par l'Etat rentre en tension avec les trois autres référentiels, mettant l'accent sur l'autonomie et la responsabilité des acteurs. Ainsi, quels sont les effets de ces contradictions théoriques dans la mise en pratique d'instruments destinés à coordonner l'implication des entreprises privées ?

Les pouvoirs publics nationaux ivoiriens et camerounais ont essentiellement géré le problème de l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida sous le mode de l'incitation et de la communication, s'opposant au mode législatif et réglementaire. L'approche réglementaire, qui suppose une maîtrise gouvernementale et qui aurait consisté à obliger les entreprises à contribuer, a d'emblée été écartée dans les deux pays, supplantée par la conception d'une participation libre et responsable des entreprises privées dans les domaines publics. Malgré la volonté affichée de remettre l'Etat au cœur de l'aide

internationale (Déclaration de Paris 2005), cette superposition et juxtaposition de principes contradictoires tend à effriter l'autorité d'un Etat déjà affaibli.

Dès lors, l'approche fondée sur la « responsabilité » a été promue, non seulement pour inciter les entreprises à accroître leur mobilisation, mais également comme un mode de régulation général, laissant un vide politique sur les enjeux structurels de la lutte contre le VIH/sida au sein des entreprises privées. Aucun dispositif légal n'a été promu pour renforcer la protection des droits des travailleurs (droits du travail et droit à la santé) notamment pour veiller au respect des discriminations ainsi que des conditions de santé et sécurité au travail. Dans ce domaine, ceux sont soit les recommandations internationales²¹⁰, soit les chartes internes aux entreprises qui remplissent cette fonction, au détriment d'instruments étatiques traditionnels de contrôle et de régulation. Les bonnes pratiques de certaines grandes entreprises privées cachent « la forêt » de l'ensemble des entreprises qui ne respectent pas les droits de travailleurs. La politisation des entreprises privées au sein de la lutte contre le VIH/sida n'a pas été l'occasion de renforcer les déficiences structurelles concernant les discriminations générales des travailleurs ou les conditions pratiques de la santé et sécurité au travail : elle a été « verticalisée ». Dès lors se révèle une limite majeure à un système fondé sur une responsabilisation collective des acteurs dans un contexte d'Etat fragile, qui tend à accroître la vulnérabilité des travailleurs face à leur employeur.

Ainsi, bien que la Banque mondiale ait promu l'approche multisectorielle centrée sur le gouvernement (dans sa conception restreinte), celle-ci est rentrée en contradiction avec l'approche élargie de la multisectorialité (fondée sur la participation de la société civile), conforme aux approches non contraignantes promouvant la Responsabilité sociale des entreprises (RSE) ainsi que les partenariats public privés.

Au final, en dépit des objectifs affichés du modèle de la multisectorialité, l'absence de ressources adéquates, le manque de cohérence et l'ignorance des contextes sociologiques et politiques locaux ont participé, non seulement à l'ineffectivité des mesures mises en place, mais à l'accroissement de la délégitimation de l'Etat.

Je propose désormais d'analyser les conséquences politiques du caractère polysémique de la multisectorialité : comment le modèle multisectoriel a-t-il été adopté par les acteurs ? Comment le secteur privé s'est organisé au sein des différents forums de l'action publique ? Quels sont les acteurs ayant prétendu à la représentation légitime ? A la différence de la

²¹⁰ Telle que la recommandation n°200 du BIT « concernant le VIH et le Sida et le monde du travail » (2010) qui a été diffusée via le canal des Ministères du travail/emploi camerounais et ivoiriens, dans une approche non contraignante.

majorité des organisations de la société civile, les entreprises privées ont la spécificité de disposer d'une forte implantation locale (activités, réseaux, organisation institutionnelle) : dans quelle mesure le référentiel multisectoriel est-il parvenu à intégrer ces dynamiques endogènes ? Tandis que depuis la conférence de Paris, le principe de l' « appropriation » est promu comme un principe clé de l'aide internationale, que nous apprend l'expérience des entreprises privées sur ses possibilités de mise en œuvre ? Le principe de l'appropriation est-il compatible avec le modèle multisectoriel ?

2. Luites politiques : l'impossible réconciliation des champs politiques et économiques ?

L'action publique de lutte contre le VIH/sida en contexte africain s'est caractérisée par une concurrence politique particulièrement exacerbée entre acteurs gouvernementaux et acteurs de la société civile (religieux, associations de personnes vivant avec le VIH, personnel médical) autour de l'accès aux ressources, en raison de l'ampleur de l'aide internationale (Delaunay et al. 1999). Si la « société civile » s'est introduite au sein du « champ politique » du sida dès les années 1990, mettant fin à une situation de monopole étatique et ouvrant ainsi le jeu de la concurrence, le secteur privé lucratif y a fait son apparition dans les années 2000.

Dès lors, certains « intermédiaires » reliant le secteur privé lucratif et le « forum d'action publique » ont émergé et engagé une lutte pour sa représentation légitime, au sein du « champ politique ». Ces intermédiaires ont regroupé un ensemble d'acteurs issu du forum des professionnels du VIH/sida (coalitions d'entreprises de lutte contre le VIH/sida, médecins, ONG), du forum des professionnels du secteur privé (regroupements patronaux, syndicats) et de membres du gouvernement (Ministère de l'emploi, Ministère de la lutte contre le VIH/sida). Pierre Bourdieu définit le « champ politique » comme un « champ de luttes », au sein duquel les professionnels de la politique s'affrontent afin de conquérir le pouvoir. Ces professionnels mènent une lutte à la fois pour le pouvoir symbolique, afin d'imposer leur propre vision du monde accompagnée de ses solutions, ainsi que pour le pouvoir objectif, afin d'intégrer les postes clés (à savoir les administrations d'Etat) (Bourdieu 1981).

Dans le cadre de l'action publique de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et au Cameroun, ces luttes se sont déroulées dans différents « champs de bataille ». D'une part, au

gouvernement, entre les différents Ministères reliés à l'enjeu du VIH en milieu du travail ; et d'autre part, dans le cadre des arènes de concertation et de négociations nationales pour l'allocation des ressources : instances de coordination nationales (CCM²¹¹) du Fonds mondial, négociations auprès des organisations de coopération bilatérale (notamment la coopération américaine lors de la négociation des *Country Operational Plan* annuels (COP) du Pefar²¹² et de la coopération allemande, etc.) ; enfin, et de manière plus diffuse, dans le cadre des interactions avec les autorités internationales et nationales.

2.1. Une lutte généralisée pour la représentation du secteur privé

Dans le cadre des politiques multisectorielles, la double conception des entreprises privées en tant que « secteur travail » et « secteur privé » a accru le nombre de « champs de bataille » possibles pour sa coordination et/ou sa représentation légitime.

Une lutte gouvernementale

En Côte d'Ivoire, une lutte inter-ministérielle a été menée à propos l'attribution de la coordination légitime de la lutte contre le VIH/sida dans le secteur du travail. Celle-ci a opposé deux Ministères : le Ministère de la fonction publique et de l'emploi (MFPE) et celui de la lutte contre le VIH/sida (MLS). Les détails de cette opposition sont présentés dans l'Encadré 17.

²¹¹ *Country Coordinating Mechanism* : Instances de coordination nationale (ICN) des activités du Fonds mondial.

²¹² President's Emergency Plan for AIDS Relief.

Encadré 17 Une lutte interministérielle pour la gestion du VIH/sida dans le secteur travail (Côte d'Ivoire)

En Côte d'Ivoire, deux Ministères, celui de l'emploi et celui de la lutte contre le VIH/sida, ont créé des services spécialisés dans la lutte contre le VIH/sida au sein du secteur travail ou du secteur privé.

En 2003, le **Ministère de la lutte contre le VIH/sida (MLS)** crée une Direction en charge de la question du secteur privé. Celle-ci prend d'abord l'appellation de « Direction multisectorielle », incluant le monde du travail des secteurs public et privé. En 2007, suite à une refonte institutionnelle, la « Direction du secteur privé et de la société civile » (DSPSC) voit le jour, présentant une sous-Direction chargée exclusivement du secteur privé.

Parallèlement, le **Ministère de la fonction publique et de l'emploi (MFPE)**²¹³ crée une sous-direction dédiée directement au VIH/sida, au sein de sa Direction de la santé et de la sécurité au travail (DSST). De plus, il crée en 2003 une cellule focale tripartite (gouvernement, patronat, syndicat) dédiée au VIH/sida (CFT), qui sera remplacée plus tard par un Comité national tripartite (CNT)²¹⁴.

Ainsi, d'un côté, la création des différentes Directions et sous-directions correspond à l'approche préconisée par la Banque mondiale dans le cadre de la multisectorialité gouvernementale. D'un autre côté, la création d'une cellule ou comité tripartite du MFPE est directement influencé par les recommandations de son organisation internationale de tutelle : l'Organisation internationale du travail (OIT).

En 2006, ces deux Ministères s'accordent sur l'écriture d'une « Politique nationale de lutte contre le VIH/sida en milieu de travail en Côte d'Ivoire »²¹⁵. Cependant, ils ne parviennent pas à identifier le responsable de sa mise en œuvre.

Le Ministère de la lutte contre le VIH/sida (MLS) défend une interprétation centralisée de la multisectorialité, selon laquelle, si l'ensemble des Ministères ont la responsabilité de s'occuper du VIH/sida auprès de leur personnel, la mise en œuvre des programmes au sein de la société civile relève de sa propre responsabilité. En face, le Ministère de l'emploi (MFPE) adopte une approche élargie de la multisectorialité, c'est-à-dire où il revient de sa propre responsabilité d'intervenir directement auprès du monde du travail. Le MLS fait valoir sa légitimité à coordonner l'ensemble des politiques multisectorielles, tandis que la Direction de la santé et sécurité au travail (DSST) fait valoir son expérience dans la gestion de la médecine du travail et du renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux atteints par le VIH/sida.

Au final, l'incapacité à trouver un accord ne permet pas d'aboutir à un financement, ni à une mise en œuvre de la politique, laissant la coordination des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida dans un vide institutionnel. Un acteur gouvernemental relatait ainsi les luttes interministérielles qui ont eu lieu, au moment du choix du responsable de la mise en œuvre de la Politique nationale. A propos d'un agent du MLS, il affirmait :

« (...) et il a dit 'non non non, le VIH c'est nous, même en milieu du travail c'est nous qui devons gérer ces affaires'. C'est pour ça que je dis que c'est une histoire de gros bras, parce qu'à un moment donné, beaucoup pensaient qu'il y a avait beaucoup de ressources à gérer et comme vous connaissez les africains, quand il y a des ressources à gérer, ça veut dire qu'on peut s'en mettre plein les poches. Donc le sida servait en quelques sortes...pour certaines personnes c'était un moyen pour s'enrichir tout simplement ! » (Acteur gouvernemental DSST)

Cet exemple montre que si les organisations internationales ont adhéré unanimement au principe de la multisectorialité, l'absence d'identification claire de cette conception (restreinte

²¹³ Le MFPE est devenu le MEASFP pour Ministère de l'emploi, des affaires sociales et de la formation professionnelle.

²¹⁴ Lors de l'enquête, en 2013, le CNT n'était pas encore formellement institué, étant en attente de la validation du Ministre.

²¹⁵ (MFPE et MLS Côte d'Ivoire 2006).

et élargie), conjuguée à la présence d'autres référentiels normatifs (tel que le tripartisme) ont créé un terreau favorable aux concurrences inter-ministérielles. Il souligne comment l'absence de hiérarchisation, de coordination et d'harmonisation entre les différents référentiels internationaux laisse un large champ à l'interprétation et ouvre la voie aux conflits locaux.

La lutte fratricide pour la représentation des entreprises privées

Au-delà du cadre gouvernemental, un ensemble d'acteurs issus du forum des professionnels (organisations patronales, syndicats), du forum des professionnels du VIH/sida (médecins), ainsi que d'acteurs intermédiaires (coalition des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida) se sont livrés une lutte pour la représentation légitime du secteur privé. Selon Pierre Bourdieu, les professionnels de la politique font appel à deux types de ressources pour asseoir leur autorité : le capital personnel (réputation, notoriété accumulée, charisme) et le capital délégué d'autorité politique (structures objectives de l'organisation et dispositions de mobilisation)²¹⁶. Dans le cas qui nous concerne, quelles ont été les stratégies adoptées par les prétendants à la représentation légitime ?

Afin d'illustrer mon propos, je m'appuierai sur l'exemple des conflits à propos de l'identification du « sous - récipiendaire »²¹⁷ chargé du secteur privé pour le *Round 9* du Fond mondial (2012) (cf. Encadré 18). En plus d'avoir été directement témoin de ce conflit au cours de mes différentes enquêtes, le cas du Fond mondial est éloquent dans la mesure où son mode de gouvernance participatif est fortement institutionnalisé permettant de mettre en exergue les différentes tensions.

²¹⁶ (Bourdieu 1981).

²¹⁷ Les « récipiendaires » et « sous-récipiendaires » représentent les acteurs chargés de mettre en œuvre les subventions allouées par le Fonds mondial. Les récipiendaires principaux sont responsables de la mise en œuvre des subventions émanant des propositions approuvées par le Fonds mondial. Ils peuvent être gouvernementaux, non-gouvernementaux ou du secteur privé. Les sous-récipiendaires sont responsables de l'exécution des sous-subventions, et rendent compte directement aux récipiendaires principaux. Ils sont habituellement des organisations locales ou nationales, et peuvent faire partie du gouvernement, de la civile ou du secteur privé. (Anon 2009).

Encadré 18 La lutte fratricide du secteur privé autour du *Round 9* du Fonds mondial

Depuis 2003, la Côte d'Ivoire a bénéficié de plusieurs subventions du Fonds mondial : elle a respectivement bénéficié des financements des rounds 2 et 9, pour le VIH, des *Rounds* 6 et 8 pour le paludisme et 3, 6 et 9 pour la tuberculose.

En 2009, lorsque le pays est rendu éligible au round 9 pour le VIH/sida, la proposition « *Renforcement de la réponse nationale au VIH pour le passage à échelle de la prévention et de la prise en charge globale prenant en compte le genre et les populations clés à haut risque d'infection à VIH* » est acceptée pour un financement initial prévu à hauteur de 89 milliards de FCFA (386 millions \$). Le contexte de crise que traverse le Fonds mondial depuis 2009 (avec notamment la suppression du *Round 11* en 2011 par manque de financements des bailleurs), doublée de la crise politique ivoirienne, ralentit le processus de mise en œuvre de la subvention. La Côte d'Ivoire est ainsi placée sous la Politique de garanties additionnelles qui implique un renforcement accru du contrôle des procédures à tous les niveaux, provoquant des lenteurs administratives supplémentaires.

A ces obstacles contextuels s'ajoutent certains conflits ouverts dans le cadre du processus d'identification des bénéficiaires, et notamment concernant la coordination du volet « secteur privé ».

La proposition nationale validée par Genève avait intégré, selon les injonctions en vigueur, un volet concernant le secteur privé, qui tenait une place de premier rang. Dans le plan, il était prévu de renforcer l'implication des entreprises privées, par la création de 600 comités sida, le renforcement de 30 centres de santé d'entreprises, et de 6 organisations du secteur privé (CECI, CGECI, FIPME, CCI-CI, CNM-CI et syndicats²¹⁸), ainsi que par la formation de 2400 pairs éducateurs, avec pour objectif de dépister 50% des travailleurs et d'améliorer l'offre de soins pour 175.000 travailleurs et leurs familles. Cette proposition identifie deux bénéficiaires principaux (RP) : le Programme national de prise en charge (PNPEC) chargé du secteur santé, et la Caisse nationale de prévoyance santé (CNPS) pour le secteur communautaire (société civile et secteur privé), un ancien établissement public entièrement privatisé en 2000.

Tandis que depuis 2006, la Coalition des entreprises contre le sida (CECI) a été créée afin de coordonner la lutte contre le VIH/sida dans le secteur privé, dont la CNPS est membre fondatrice, cette candidature étonne alors les différents partenaires. Une lutte ouverte oppose alors la CNPS et la CECI.

D'un côté, la CNPS, en tant qu'institution chargée de la prévoyance sociale de l'ensemble des entreprises privées formelles en Côte d'Ivoire, fait prévaloir ses capacités structurelles de gestionnaire et sa capacité de mobilisation des entreprises, comparativement à la CECI, qui ne compte que 28 entreprises membres et 4 faïtières (sur les 500 entreprises de la CGECI, les 1740 entreprises de plus de 30 employés et les 22.000 entreprises en activités en Côte d'Ivoire)²¹⁹. La CNPS présente la CECI au rang d'organe technique des faïtières qui l'ont créées, et non comme institution légitime pour faire de la recherche de financements et coordonner des projets de cette ampleur.

En face, la CECI s'appuie sur l'expertise acquise dans la lutte contre le VIH/sida dans le secteur privé depuis 2006 et sur la reconnaissance qu'elle a cultivé comme représentant légitime du secteur privé, participant à de nombreux cadres de concertation.

Devant ces tensions ouvertes du secteur privé, c'est finalement un *outsider*, l'ONG communautaire Alliance – CI, qui est désignée comme bénéficiaire principal (RP) du *Round 9*. Les membres du secteur privé s'accordent ainsi sur un unique point : la critique de l'incompétence d'une ONG communautaire pour gérer les enjeux spécifiques du VIH/sida en milieu du travail. Finalement, le volet « secteur privé » a été minimisé, axé sur l'organisation de sessions de formations de pairs éducateurs et l'organisation de séances de dépistage en entreprises.

²¹⁸ Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire contre le VIH/sida (CECI), Confédération générale des entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI), Fédération ivoirienne des petites et moyennes entreprises (FI-PME), Chambre de commerce et d'industrie – Côte d'Ivoire (CCI-CI), Chambre nationale des métiers de Côte d'Ivoire (CNM-CI).

²¹⁹ Source : CNPS, au 31 décembre 2011.

J'identifierai deux enseignements majeurs à propos de cet exemple.

La première leçon concerne les types de capitaux mobilisés au sein d'une action publique transnationale. Les deux types de ressources de pouvoir que Pierre Bourdieu avait identifié se retrouvent ici : 1) le « capital personnel » peut être associée à l'expertise que les acteurs ont acquis dans la lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail et 2) le « capital délégué d'autorité politique » peut être associé aux capacités des acteurs à mobiliser les entreprises privées. Cependant, dans ce contexte d'action extravertie, c'est-à-dire façonnée par des injonctions internationales, ces deux ressources ne suffisent pas. Je propose donc d'ajouter la ressource du « capital symbolique de la reconnaissance des agents extérieurs », qui constitue une ressource pleinement autonome au sein du champ politique. Le **Tableau 9** identifie les différentes ressources que les acteurs impliqués dans le conflit à propos du *Round 9* du Fonds mondial ont mobilisées.

Tableau 9 Ressources de pouvoirs des candidats à la gestion du volet privé du Round 9 du Fonds mondial

		CECI	CNPS	Alliance – CI
Expertise (<i>capital personnel</i>)	<i>VIH/sida</i>	+	-	++
	<i>VIH/sida et Travail</i>	++	+	-
Structures objectives d'organisation dans le secteur privé (<i>capital délégué d'autorité politique</i>)		+	++	-
Reconnaissance extérieure (<i>capital symbolique</i>)		++ (en baisse)	+	+

Ainsi, ce sont les ressources liées à l'expertise et à la reconnaissance des acteurs dans le champ du VIH/sida qui ont primées. Le capital symbolique des acteurs tel que défini par les partenaires internationaux du forum de l'action publique contraste avec la faible attention liée aux ressources de pouvoirs liées à la spécificité du secteur privé.

La seconde leçon porte sur les fondements de la légitimité des acteurs prétendant représenter le secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida. Que nous enseigne le caractère « fratricide » de cette lutte ? Au sein du champ politique, tel que défini par Pierre Bourdieu, une dialectique tend à équilibrer les forces en présence. C'est-à-dire que les luttes internes personnelles et partisans tendent à être contre-balançées par la nécessité de rassembler le plus grand nombre de soutiens en externe, afin d'accéder au pouvoir, élus par le peuple. Dès lors,

« (...) la tendance à la fission trouve sa limite dans le fait que la force d'un discours dépend moins de ses propriétés intrinsèques que de la force mobilisatrice qu'il exerce, c'est-à-dire, au moins pour une part, du degré auquel il est reconnu par un groupe nombreux et puissant qui se reconnaît en lui et dont il exprime ses intérêts » (Bourdieu 1981, 12-13).

Dans le cas de la lutte pour la représentation légitime du secteur privé, cette force de fission ne s'est pas trouvée contrebalancée par la nécessité de rassembler le plus grand nombre de soutiens extérieurs. C'est davantage la reconnaissance octroyée par les bailleurs, que le soutien réel des entreprises privées qui a primé. La nécessité de mobiliser et d'être représentatif du plus grand nombre a davantage été un argument rhétorique qu'un élément objectif de légitimation. Cet épisode illustre la manière dont la reconnaissance des acteurs auprès des bailleurs de fond constitue la ressource clé au sein du champ politique et témoigne de la déconnexion des entreprises de leurs représentants. Dans ce contexte, leurs capacités objectives (mobilisation du secteur privé, expertise personnelle) ont davantage représenté des arguments utilisés afin d'accroître leur capital symbolique. A la différence du « champ politique » tel que Pierre Bourdieu le définit, ces luttes internes n'ont pas été contrebalancées par la nécessité d'obtenir le soutien des entreprises extérieures afin de conquérir le pouvoir. Dès lors, une tendance à la fission guette constamment ce champ. Sans parler du risque exacerbé de « trahison » ou de « mauvaise traduction » des volontés des représentés (Bourdieu 1981).

2.2. Stratégies de courtage et « dé-différenciation » des instances de coordination du secteur privé

Dans un champ politique façonné par l'aide internationale, il a été couramment rapporté la manière dont certains acteurs de la société civile se sont transformés en véritables « courtiers en développement » (Olivier de Sardan et Bierschenk 1993). Ces stratégies se caractérisent par l'adoption de cadres formels, qui répondent aux attentes et aux priorités des bailleurs en vue de capter leurs financements. Le champ spécifique de la lutte contre le VIH/sida en milieu du travail n'y a pas fait exception. Ce type d'approche a été observé aussi bien parmi les acteurs gouvernementaux que ceux de la société civile, en Côte d'Ivoire et au Cameroun.

A titre d'exemple, je citerai le cas de la Direction de la santé et de la sécurité du Cameroun (Ministère du Travail), dont le niveau de formalisme et d'instrumentalisation du secteur du travail à des fins de captation des ressources est exacerbé (cf. Encadré 19).

Encadré 19 Étude de cas : la Direction de la santé et sécurité au travail du Cameroun. Formalisme et instrumentalisation du secteur privé

Au Cameroun, le Ministère du Travail a, avec l'appui du BIT, élaboré différents documents successifs relatifs à l'enjeu du VIH/sida dans le milieu du travail : une « Déclaration tripartite » (2008), suivie d'un « Programme de lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail » (2009) et d'un « Document – cadre d'orientation de lutte contre le VIH/sida dans le milieu du travail », accompagné d'un plan d'action (2013). Pour l'instant²²⁰, ces documents n'ont pas donné lieu à des réalisations concrètes.

Selon le Directeur de la santé et sécurité au travail (DSST), en charge de ce dossier, bien que ces différents documents soient identiques sur le fond, c'est la forme qui a évolué. Le « cadre d'orientation » est plus flexible, il échappe à certaines contraintes gouvernementales, et est adapté à la recherche de subventions. Il justifiait :

« *Qu'est ce qui va changer concrètement entre le programme et le plan ?*

Non, c'est-à-dire, au fond...il n'y a pas de grand changement, c'est sur la forme ! Parce que si on change 'programme' par 'plan', on ne sait pas si c'est le fond ou bien la forme ! En tous cas, je voudrais que tu comprennes l'esprit. Maintenant on parle de 'budget programme' au Cameroun. Chaque département ministériel, on a des programmes. Ya des programmes techniques purs, ya des programmes gouvernance....Mais quand on est en train de parler de programme de lutte contre le VIH/sida ? ça fait un peu trop ! En attendant que le document soit adopté, j'ai déjà fait introduire ça dans les plaidoyers. C'est-à-dire au Ministre, au Conseil des ministres, pour avoir les budgets »

Le dernier document se conforme davantage à l'environnement politique actuel, et constitue donc un instrument de plaidoyer possiblement plus efficace. Devant le vide de connaissances concernant la lutte contre le VIH/sida dans le milieu du travail, ce document n'est pour autant pas suffisant. Ainsi, la Direction de la santé et sécurité au travail a proposé d'effectuer une cartographie, afin de dresser l'état des lieux actuel de la lutte contre le VIH/sida au sein des entreprises privées. A propos de l'objectif de cette cartographie, le Directeur poursuivait :

« Vous savez, **c'est pour plaider** ! C'est un outil de plaidoyer pour cette instance là, pour qu'on comprenne 'ah, le monde du travail a véritablement besoin du budget parce qu'ils ont pu mettre comme ça un document qui a été adopté par une commission nationale tripartite'. Je crois qu'avec cela ils pourront s'intéresser au monde du travail et puis voir comment mettre ! C'est comme ça qu'on pense ! C'est qu'à ce moment là, même l'Etat devra s'y intéresser ! A la fin, le Fond mondial, le BIT va prendre telle activité... Mais aussi le gouvernement ! Y a un adage chez nous qui dit « On ne peut pas laver quelqu'un sans qu'il ne se frotte ». Quand on lave un enfant, on lui verse l'eau, il se frotte parfois, les parties qui l'intéressent...mais il se frotte ! » (Directeur DSST Cameroun)

Dans ce processus de formalisation exacerbée, la capacité de réunir différents acteurs autour de la production d'un document est devenue une preuve, en soi, de la capacité à gérer un programme concret et un argument pour justifier le besoin d'une politique. Le budget que le Ministère a alloué à la mise en œuvre d'un outil de plaidoyer (la cartographie) est ainsi perçu comme une preuve d'engagement. Ce discours marque l'évincement total de la finalité politique supposée (la lutte contre le VIH/sida en milieu du travail) : l'allocation d'un budget est explicitement perçue comme la finalité ultime. Cet acteur met également l'accent sur le peu d'intérêt que suscite, en général, la lutte contre le VIH/sida dans le secteur du travail.

²²⁰ Le « Cadre d'orientation » a été élaboré récemment et ne donne pas la possibilité d'évaluer actuellement ses réalisations.

Ce qui est plus inédit dans le cas des entreprises privées et de la lutte contre le VIH/sida, c'est la manière dont des acteurs hétéroclites, issus du gouvernement comme du secteur privé, ont été amenés à jouer dans le même « champ de luttes ». Je prendrai l'exemple ivoirien, où cette lutte a mobilisé davantage d'acteurs qu'au Cameroun.

En Côte d'Ivoire, parmi plusieurs organisations engagées dans le forum de l'action publique²²¹, je comparerai la manière dont trois d'entre elles présentent leurs responsabilités dans la lutte contre le VIH/sida en milieu du travail/privé²²² : à savoir, le Comité national tripartite (Ministère de la fonction publique et de l'Emploi /MFPE)²²³, la Direction du secteur privé et de la société civile (DSPSC) et la Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire contre le VIH/sida (CECI) (cf. Tableau 10, p.224). Chacune revendique la coordination de la lutte contre le VIH/sida au sein des entreprises privées.

Tableau 10 Responsabilités croisées du Comité national tripartite (CNT), de la Direction du secteur privé et de société civile (DSPSC) et de la Coalition des entreprises contre le VIH/sida (CECI) (Côte d'Ivoire)

	Comité National Tripartite - Ministère Emploi	DSPSC - Ministère Lutte contre le VIH/sida	CECI – Secteur privé
Politique	Politique nationale Cadre juridique pour la protection des travailleurs	Politique multisectorielle	Représentation et plaidoyer Politique commune des entreprises
Financements	Mobilisation de ressources humaines et matérielles	Financements	Mobilisation des ressources
Mise en œuvre	Coordination et supervision Information, sensibilisation, prise en charge Veille contre les stigmatisations et discrimination	Coordination Plaidoyer chefs d'entreprises	Coordination Promotion des programmes de lutte contre le sida Assistance et conseil Formations
Suivi et Evaluation	Suivi et Evaluation	Suivi et Evaluation	Suivi et évaluation

²²¹ Tels que la Direction du secteur privé et de la société civile (DSPSC), la Direction de la santé et de la sécurité au travail (DSST), le Comité national tripartite (CNT), la Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire contre le VIH/sida (CECI), la Chambre de commerce et d'industrie (CCI-CI), la Confédération générale des entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI), la Caisse nationale de prévoyance Sociale (CNPS).

²²² Sources : entretiens avec la DSPSC, la DSST et la CECI, supports de communication de la CECI et document relatif à la création du CNT.

²²³ A noter que celui-ci n'était toujours pas officiellement actif lors de mes enquêtes.

²²⁴ Il s'agit des trois organisations qui ont le plus formalisé leurs responsabilités dans le VIH/sida, et qu'il nous est donc plus aisé de comparer. Cette comparaison n'est donc pas exhaustive.

Il se dégage de ce tableau que chacune de ces organisations affiche sa responsabilité de l'ensemble du processus corrélatif à la gestion de la lutte contre le VIH/sida au sein des entreprises privées²²⁵ : élaboration stratégique, recherche de financements, coordination, mise en œuvre directe et suivi et évaluation. En adoptant chacune une approche large et exhaustive, ces organisations génèrent un phénomène de chevauchement les unes avec les autres et de « dé-différenciation ». Chaque acteur, public ou privé, devient formellement interchangeable. Dès lors, les frontières s'érodent entre le rôle classique des acteurs publics gouvernementaux de réglementation et de contrôle avec celui des acteurs privés de défense de leurs intérêts. L'incitation à la mobilisation du secteur privé est devenue un mode de gouvernement à part entière, au détriment des instruments de régulation et de contrôle.

Un paradoxe s'impose à l'observation et à l'analyse. Face aux luttes acerbes menées entre les acteurs, très peu de ressources sont finalement allouées au secteur privé. En Côte d'Ivoire, en 2008, le secteur à but lucratif ne représentait que 0,2% des prestataires des dépenses totales du VIH/sida (0,15% en 2006 et 0,11% en 2007), contre 19% pour le secteur privé non lucratif, 51% pour le secteur public, 12,5% pour les agences bilatérales et multilatérales et 17% pour d'autres acteurs²²⁶. Cette part est d'autant plus insignifiante, que les entreprises privées ne représentent pas les seuls acteurs du secteur privé lucratif. Les données du Cameroun permettent de faire cette distinction. Dans ce pays, en 2011, les prestations des entreprises privées sur le lieu de travail représentaient 0,46% du budget national total, contre 5,94% pour d'autres organismes privés lucratifs (consultants, hôpitaux privés, autre), 23,4% pour les organisations de la société civile, 60% pour le secteur public et 10,5% pour les agences bilatérales et multilatérales²²⁷.

J'ai montré ici combien le secteur privé avait été instrumentalisé à des fins de captation de ressources, mettant en scène des acteurs davantage tournés vers la recherche de reconnaissance des bailleurs de fonds que des entreprises privées qu'ils sont chargés de représenter. J'avais montré dans le Chapitre 3 que le rôle des « professionnels du VIH/sida » avait été déterminant dans la diffusion des normes et des pratiques communes auprès des

²²⁵ Certaines nuances apparaissent cependant : le Comité national tripartite a un volet spécifique sur la protection des travailleurs (cadre juridique, veille) et intègre davantage les syndicats et les comités d'hygiène, santé et sécurité au travail (CHSST) dans leurs stratégies ; tandis que la DSPSC et la CECI sont davantage orientées sur la mobilisation de l'engagement des entreprises privées.

²²⁶ (MLS Côte d'Ivoire 2009)

²²⁷ (CNLS Cameroun 2013b).

entreprises. Dans le paragraphe qui suit, je vais tenter d’apporter des éléments de réponse à la question de la difficile articulation entre ces champs économiques et politiques.

2.3. A l’articulation des dynamiques endogènes et exogènes : l’exemple des coalitions d’entreprises

Je propose ici de développer l’exemple des coalitions d’entreprises, dans la mesure où ce type d’organisation illustre particulièrement les défis de l’insertion politique des entreprises privées au sein des actions publiques transnationales et les enjeux liés à un système de représentation.

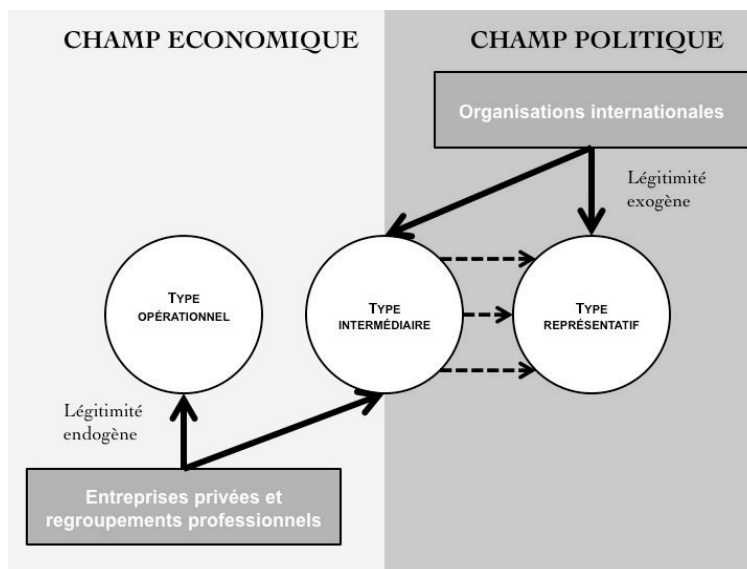
Nous avons observé au Chapitre 3 que certaines organisations, telles que l’association *Sida Entreprises*, s’étaient créées afin de trouver des solutions concrètes et directes au problème du VIH/sida. Un peu plus tardivement, de nombreuses organisations internationales (GIZ, USAID, AFD, Banque mondiale, Onusida, etc.) ont promu leur propre modèle d’organisation du secteur privé : celui des coalitions d’entreprises nationales de lutte contre le VIH/sida.

Ces deux dynamiques représentent deux idéal-types des organisations privées réunies face au VIH/sida : d’un côté se trouvent des regroupements d’entreprises constitués de manière endogène afin de servir les intérêts directs des entreprises au sein du champ économique ; et de l’autre, se tient des organisations impulsées de manière exogène, et jouant le rôle de représentant légitime du secteur privé au sein du champ politique. Cette catégorisation nous permet de mettre en exergue les fortes tensions qui ont sous-tendu l’organisation du secteur privé, tiraillée entre différentes finalités (opérationnelles ou représentatives) et différents modes de légitimités (endogènes ou exogènes).

Au vu des observations de mes terrains ivoirien et camerounais, j’ai identifié trois types d’organisations regroupant des entreprises privées contre le VIH/sida : 1) les organisations de prestation de services, nées de la volonté du secteur privé et qui ont développé des activités servant directement les intérêts des entreprises au sein du champs économique (*type opérationnel*) ; 2) les organisations nées d’une double impulsion endogène et exogène, et qui ont tenté de concilier les activités au sein des forums politiques et auprès des acteurs économiques (*type intermédiaire*) ; 3) les organisations nées de l’impulsion d’acteurs

extérieurs, et dont les activités se sont concentrées au sein des forums politiques (*types représentatives*) (cf. Figure 7).

Figure 7 Les types d'organisations du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida



Source : Auteurs

Les coalitions d'entreprises de lutte contre le VIH/sida ont suivi des trajectoires diverses, témoignant de cette tendance à la séparation, entre champs économiques et privés. L'Encadré 20 présente ces trois types d'organisations du secteur privé observés, à partir de trois exemples. Le premier type est illustré par l'association *Sida Entreprises*, le second par la coalition des entreprises contre le VIH/sida ivoirienne (CECI) et le troisième par la coalition de la communauté des affaires camerounaise (CCA-Sida).

Encadré 20 Les 3 types d'organisations du secteur privé contre le VIH/sida

L'association française *Sida entreprises*²²⁸ : le type opérationnel

L'association *Sida entreprises* se présente avant tout comme une organisation à visée opérationnelle. En échange d'une cotisation annuelle s'élevant à 8000€, elle offre à toutes ses entreprises membres, un paquet minimum d'activités, en jouant à la fois un rôle de « traducteur » de l'information sur le VIH/sida (lettres d'information mensuelles, revues de presse, formations de vulgarisation scientifique, échanges de bonnes pratiques) et un rôle « stratégique », en leur fournissant des outils

²²⁸ En 2013, *Sida Entreprises* a changé de nom pour devenir *Entreprises & Santé*. Ce changement d'appellation fait suite à une ouverture stratégique opérée vers d'autres pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle et paludisme), incitée par la lassitude des entreprises face au VIH/sida, aux modèles anglophones des *wellness programme*, et à l'existence de filiales implantées dans des pays à faible prévalence (Niger, Sénégal, Mali, Burkina Faso) et pour qui d'autres pathologies étaient plus problématiques que le VIH/sida.

méthodologiques de base. L'association agit essentiellement selon une « approche clientèle », en tant que prestataire de services. Dans le cadre de ces fonctions, certains contacts avec les autorités politiques sont pris (CNLS, Ministère de la santé, Ministère du travail, Coalitions d'entreprises locales) : elle les informe de ses activités, voire, joue le rôle d'intermédiaire et de « traductrice » entre les entreprises privées et les autorités publique²²⁹. Cependant, *Sida Entreprises* ne souhaite pas pour autant développer de collaboration stratégique avec les acteurs publics nationaux et internationaux (tels que le Fonds mondial ou l'Agence Française de Développement), pour des questions d'efficacité. Ses activités ne sont pas non plus tournées vers des activités de représentation des intérêts du secteur privé au sein des arènes politiques²³⁰.

La CECI de Côte d'Ivoire : le type intermédiaire

La coalition des entreprises de lutte contre le VIH/sida (CECI) est née à la suite de différents projets de coalition d'entreprises avortés, faute d'implication du secteur privé. Si la CECI a été créée sous l'impulsion d'organisations internationales (GIZ, Onusida, FHI, PANBC²³¹), ce projet a trouvé une issue favorable grâce à l'implication personnelle et décisive du PDG de la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) et de la Sodéci, l'influent Marcel Zadi Kessi.

Si la force initiale de la CECI a été d'obtenir un double appui, exogène et endogène, cette double légitimité s'est vite retournée contre elle-même, dans une difficulté à réconcilier les exigences propres à chaque champ politique et économique.

Premièrement, le soutien financier initial de la GIZ à la création de la CECI s'est transformé en « péché originel » de la CECI, hypothéquant ses chances de mobilisation des ressources ultérieures auprès du secteur privé. A l'opposé, en tant que représentante d'opérateurs privés lucratifs, la CECI ne s'est pas positionnée comme un acteur prioritaire à financer.

Deuxièmement, concernant son rôle, elle a développé un pôle de prestations de services, alors que l'essentiel de ses responsabilités officielles a concerné des tâches de représentation politiques. En se concentrant au sein du champ politique, la CECI s'est coupée au fur et à mesure de sa légitimité endogène, pour se focaliser sur sa légitimité exogène, octroyée par les autorités politiques nationales et internationales. Au sein du champ politique, elle a été affaiblie pour son manque de représentativité du secteur privé.

La CCA-Sida du Cameroun : le type représentatif

La Coalition de la Communauté des Affaires contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (CCA-Sida) a été créée en 2006, sous l'impulsion de divers regroupements professionnels²³². Contrairement à la CECI, cette coalition ne compte aucune entreprise privée parmi ses membres, et s'est donnée comme orientation de se focaliser sur la mobilisation des PME-PMI dans la lutte contre le VIH/sida. Concrètement, cette coalition s'est concentrée sur les activités de représentation politique. Elle s'est ainsi forgée un capital symbolique fort auprès des partenaires internationaux et publics nationaux²³³. Elle est ainsi devenue membre du CCM (*Country Coordinating Mechanism*) du

²²⁹ La Directrice du Développement faisait ainsi part du fossé d'incompréhension séparant les acteurs politiques des entreprises privées lors de rencontres diverses et de son rôle d'intermédiaire cognitive : « le nombre de fois où j'ai fait de la traduction... de français à français ! ».

²³⁰ Lors de l'élaboration de la Recommandation n°200 du Bureau International du Travail (BIT), la Directrice Développement de l'association a été invitée à représenter les entreprises privées françaises, dénonçant une véritable « erreur de casting ».

²³¹ GIZ (coopération allemande technique) FHI (*Family Health International*), PABC (*Panafrican Business Coalition on HIV/AIDS*).

²³² GICAM (Groupement inter-patronal du Cameroun) et de quatre autres regroupements de professionnels : la CCIMA (Chambre de commerce, d'industries, des mines et de l'artisanat du Cameroun), la FENAP (Fédération nationale des associations des petites et moyennes entreprises du Cameroun) le GFAC (Groupement des femmes d'affaires du Cameroun) et SYNDUSTRICAM (Syndicat des industriels du Cameroun).

²³³ Tels que le Bureau international du travail (BIT), la coopération allemande technique (GIZ), la Banque mondiale, Care, PCS (Partenaires contre le VIH/sida), la *Panafrican Business Coalition on HIV/AIDS* (PABC), la *Global Business Coalition* (GBC), fondation *Glaxosmithkline* (GSK) ; Ministère de la santé, Ministère du travail, CNPS.

Fonds mondial du Cameroun et a été choisie comme vice-présidente du conseil d'administration de la *Panafrican AIDS Business Coalition* (PABC).

Très peu d'actions ont été menées auprès des entreprises privées²³⁴. Celles qui ont été interrogées, (bien que non exhaustives), méconnaissaient son action, voire son existence, notamment pour certaines d'entre elles citées comme des partenaires. Le capital politique de cette coalition s'est donc (quasi) exclusivement constitué à partir de la reconnaissance symbolique exogène.

La plupart des acteurs en charge des coalitions d'entreprises privées sont des acteurs issus du milieu associatif de la lutte contre le VIH/sida ou de la santé, qui se sont adaptés, *a posteriori*, au secteur des entreprises privées, et non l'inverse. Ces acteurs se retrouvent à cheval entre plusieurs fonctions : entre leur rôle d'activiste du VIH/sida qui milite pour plus de mobilisation du secteur privé, et celui de représentant des intérêts du secteur privé.

La présentation de ces différents modèles de coalition d'entreprises met en exergue la difficulté de concilier les exigences endogènes et exogènes, et d'opérer à la fois au sein du champ économique et politique. Soit ces organisations investissent le champ politique et se coupent alors de leur « base », c'est-à-dire des entreprises ; soit elles s'organisent entre elles, et préfèrent trouver des mécanismes adaptés à leurs besoins, loin du champ politique, appréhendé comme peu efficace.

L'histoire de la CECI témoigne du paradoxe du processus de politisation du secteur privé au sein de l'action publique transnationale. Alors que la réussite de sa création est le fruit d'un double soutien endogène et exogène, sa naissance marque aussi le début de l'accélération du processus de représentativité du secteur privé au sein du *forum* d'action publique et de son éloignement progressif des entreprises qui l'ont soutenue.

Je propose à présent d'analyser quel a été l'impact de la politisation des entreprises privées sur leur rôle et leurs actions au sein de l'action publique transnationale de lutte contre le VIH/sida, en Côte d'Ivoire et au Cameroun.

²³⁴ Grâce à quelques soutiens financiers de la Fondation GSK, de Care, de la Fondation MTN, de la CNPS et du FNE, elle a mis en place quelques actions. Cependant, étant donné la faiblesse du budget global de 100 millions FCFA (200.000 \$) entre 2006 et 2009, ces actions ont eu une portée limitée : un projet pour le dépistage et la prise en charge des travailleurs de quelques entreprises, le soutien à des campagnes de communication, la délivrance de supports de communication, ainsi que la mise en place d'un programme de sensibilisation au sein de 60 PME-PMI.

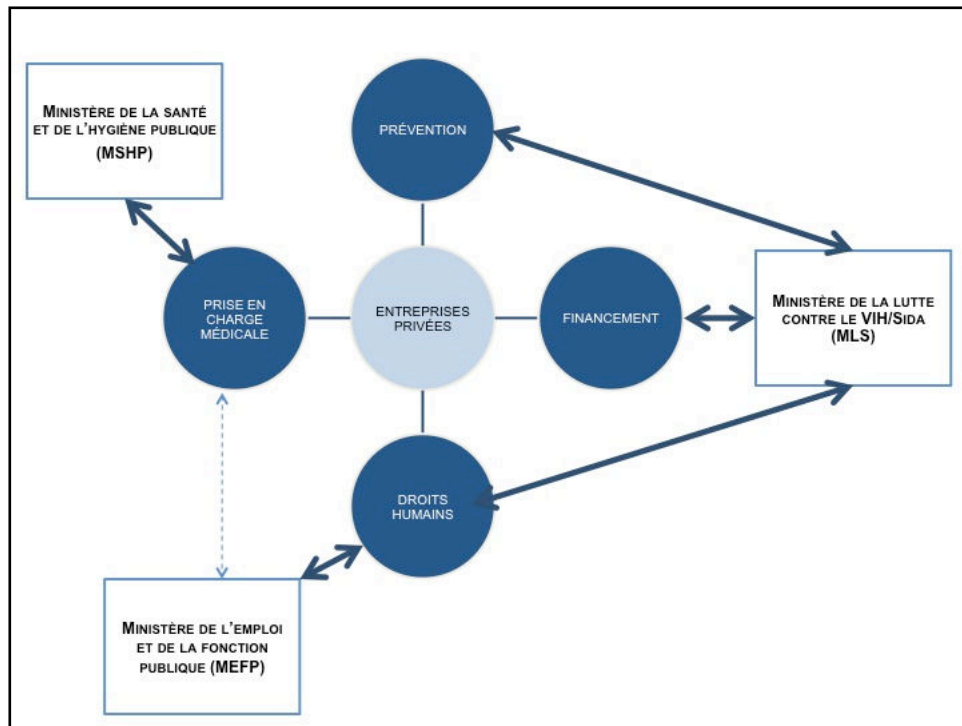
3. La « dé-différenciation » et la standardisation des entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida

3.1. Les entreprises privées : un acteur plurifonctionnel

Au sein de la lutte contre le VIH/sida, les entreprises privées sont des acteurs disposant de caractéristiques spécifiques, leur conférant des rôles particuliers. J'ai distingué quatre attributs et rôles principaux. 1) En tant qu'institution disposant d'une population « captive », elles sont amenées à jouer un rôle de prévention. 2) En tant qu'institution ayant développé une tradition de substitution à l'Etat dans la santé publique, elles disposent de centres médicaux leur permettant de jouer un rôle dans la prise en charge médicale de leurs employés. 3) En tant qu'institution disposant de ressources propres, elles représentent une source possible du financement de la lutte contre le VIH/sida. 4) En tant qu'institution coercitive, elles représentent une menace possible au respect des droits humains de leurs employés. Ces différents rôles correspondent à différents volets des politiques de lutte contre le VIH/sida : 1) la prévention, 2) la prise en charge médicale, 3) la définition stratégique, la coordination, la mobilisation des ressources et l'évaluation et 4) le respect des droits humains. Dans le contexte d'une politique multisectorielle qui favorise la fragmentation des politiques publiques, ces différents champs d'action sont confiés à des Ministères distincts. Dès lors, plusieurs types d'acteurs gouvernementaux sont ainsi potentiellement impliqués dans la coordination de la lutte contre le VIH/sida au sein des entreprises privées.

En Côte d'Ivoire, j'ai identifié la manière dont les différents Ministères en présence sont portés à gérer des aspects spécifiques de l'organisation de la lutte contre le VIH/sida au sein des entreprises privées, en fonction de leurs prérogatives générales (cf. Schéma 4). Le Ministère de la lutte contre le VIH/sida (MLS) est amené à gérer la prévention du VIH/sida au sein des entreprises privées, la lutte contre les discriminations, et la coordination et la mobilisation des ressources du secteur privé. Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) est davantage porté à gérer les enjeux de prise en charge médicale sur le milieu du travail ; et le Ministère de l'emploi et de la fonction publique (MEFP) détient des prérogatives davantage associées à la protection des droits humains au travail, et éventuellement de la prise en charge médicale, dans le cadre de ses attributions concernant la santé et la sécurité au travail.

Schéma 4 Les entreprises dans la lutte contre le VIH/sida : champs d'action et responsabilités gouvernementales affiliées



Source : auteure

Dans le cadre de politiques multisectorielles, chaque « secteur » (ou ministère) aborde un « problème public » en fonction de son mode de organisation propre, c'est-à-dire selon ses responsabilités spécifiques, son cadre cognitif et normatif, son organisation formelle et les réseaux d'acteurs au sein desquels il est intégré. Pour le cas qui nous concerne ici, le problème de la lutte contre le VIH/sida au sein des entreprises privées sera ainsi traité différemment si c'est le Ministère de la santé (MSHP), de l'emploi (MFPE) ou de la lutte contre le VIH/sida (MLS) qui en a la charge. Dès lors, les conflits qui se jouent entre ministères autour de la gestion légitime d'un problème public (*politics*) a des répercussions directes sur la manière dont sera élaborée la politique publique en question (*policies*)²³⁵.

3.2. « Déqualification médicale » et « requalification communautaire » des entreprises privées

En Côte d'Ivoire, la manière dont a été politisée la question des entreprises privées a dès le départ éludé la question de leur apport en terme de prise en charge médicale. En effet, c'est le

²³⁵ Tel qu'Elhadji Mbaye l'a montré dans le cas de l'action publique en direction des migrants atteints par le VIH/sida en France, impliquant le Ministère de l'intérieur et le Ministère de la santé (Mbaye 2009).

Ministère de la lutte contre le VIH/sida (MLS) qui a pris en charge cette problématique, au détriment du Ministère de la santé (MSHP) (cf. Encadré 21).

Encadré 21 Ministère de la Santé et Ministère de la lutte contre le VIH/sida : quelles différences ? (Côte d'Ivoire)

La Côte d'Ivoire ne fait pas exception à la règle, dans la mesure où durant dix années (2001- 2011), le Ministère de la lutte contre le VIH/sida (MLS) et le Ministère de la santé (MSHP) se sont menés une lutte ouverte et acerbe, développant deux politiques quasi parallèles entre le volet préventif et « communautaire » et le volet médical de la lutte contre le VIH/sida.

En 2001, la Côte d'Ivoire décide de créer un Ministère spécialement dédié à la lutte contre le VIH/sida (MLS). Celui-ci est une innovation institutionnelle à l'échelle du continent et suscite l'enthousiasme auprès des partenaires au développement.

Le Ministère de la lutte contre le VIH/sida (MLS) se voit attribuer la responsabilité de la planification stratégique, la mobilisation des ressources, la prévention, la gestion de populations spécifiques (vulnérables) et de lieux spécifiques (fonction publique, secteur privé et société civile) et du suivi et de l'évaluation. Pour cela, il met en place un ensemble de directions spécifiques en charge²³⁶. Les responsabilités du MLS s'apparentent ainsi aux fonctions qu'endossent généralement les Comités nationaux de lutte contre le VIH/sida (CNLS), dans les autres pays du continent. Si la Côte d'Ivoire a également créé son propre CNLS, en faisant double emploi avec son MLS, il est resté inactif.

A ses côtés, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) se concentre sur les enjeux relatifs à la prise en charge du VIH/sida, chargé d'organiser la formation, les équipements, l'approvisionnement en intrants et médicaments, etc.

Cette séparation stricte entre le volet préventif et le volet prise en charge, ou entre la population générale et des population spécifiques s'avère dès lors extrêmement problématique au niveau de la cohérence des politiques publiques, des chevauchements et dédoublements possibles, ainsi que des espaces vides laissés.

A titre d'exemple de la complexité institutionnelle que cette fragmentation suppose, la question du dépistage, à cheval entre la prévention et la prise en charge, a finalement été identifiée comme un volet de la prise en charge médicale, confié au Ministère de la santé, au sein de son Programme national de prise en charge (PNPEC) : une Direction en charge du dépistage a ainsi été créée, avec cependant une personne focale en charge du dépistage communautaire.

Cependant, outre les problèmes de coordination, ces deux Ministères ont connu de fortes concurrences, d'autant que leurs ministres étaient de partis opposés. Cette conflictualité entre les acteurs gouvernementaux en charge de la santé (Ministères de la santé) et ceux en charge de la lutte contre le VIH/sida (CNLS ou MLS pour la Côte d'Ivoire) a été analysée au sein de nombreux pays africains, (Dickinson et al. 2009; Harman 2007; Morah et Ihalainen 2009; Putzel 2004; Spicer et al. 2010).

L'annonce de sa fusion en 2011 en un seul Ministère de la santé et de la lutte contre le VIH/sida (MSLS) a été accueillie avec joie.

²³⁶ Selon sa réorganisation de 2007, il était composé de différentes sous directions PLS/PHV (Programme de lutte contre le Sida / des populations hautement vulnérables), PUMLS (Programme d'urgence multisectoriel de lutte contre le sida), DPSE (Direction de la planification et du suivi évaluation), DSPSC (Direction chargée du secteur privé et de la société civile), DSP (Direction chargée du secteur public), DMRCF (Direction de la mobilisation des ressources et de la coordination des financements), DIC (Direction de l'information et de la communication), DAAF (Direction des affaires administratives et financières).

Cette répartition des tâches est caractéristique d'une politique multisectorielle et verticalisée. En Côte d'Ivoire comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, des organes spécifiques ont été créés afin de gérer l'enjeu du VIH/sida. L'institution habituellement en charge de la coordination nationale est le Conseil national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) promu par l'OMS, que la plupart des pays africains a adopté. Si la Côte d'Ivoire ne fait pas exception à la règle, elle détient la spécificité d'avoir créé un Ministère exclusivement dédié à la lutte contre le VIH/sida en 2001 qui a, dans la pratique, joué le rôle du CNLS.

La politisation des entreprises privées au sein de politiques publiques multisectorielles (et fragmentées) a entraîné une redéfinition de son rôle, désormais centré sur le volet préventif, au détriment du volet médical. Il s'agit d'un processus de « conversion » ou de « requalification », tels que les définit Jacques Lagroye. Selon cet auteur, la « politisation » d'un enjeu social au sein d'un espace politique (Lagroye 2003a) ne conduit pas seulement à un « recodage » des problèmes, qui leur permettrait de devenir intelligible au sein de l'espace politique pour que collectivement, une réponse politique adaptée puisse être élaborée. Elle génère une véritable « conversion » ou « requalification » de ses objectifs, de son rôle politique, ainsi que de son mode de légitimation (Lagroye 2003b, 370). Dans le cas des entreprises privées, leur politisation au sein de l'action publique de lutte contre le VIH/sida a généré un processus que j'appellerai de « déqualification médicale » et de « requalification communautaire », c'est-à-dire qu'elles ont d'emblée été appréhendées comme une structure de la société civile, au sein du secteur « communautaire » (ONG, associations) et non à partir de leurs activités médicales qu'elles ont développées au sein de leurs centres médicaux d'entreprises.

Ce processus est d'autant plus paradoxal que, dans la lutte contre le VIH/sida, les entreprises privées se sont avant tout distinguées par leur implication dans la prise en charge médicale de leurs employés infectés, à travers leurs initiatives pionnières d'accès aux traitements ARV. C'est à partir de leur valeur ajoutée en termes de santé publique que la communauté épistémique internationale s'est mobilisée. Il s'est agi de prouver l'intérêt de la participation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida, dont les preuves ont ensuite été reprises par les organisations internationales. D'où l'apparition d'un paradoxe majeur entre la rhétorique multisectorielle prônant la contribution de l'ensemble des forces vives d'une nation et sa mise en application, qui gomme les spécificités propres de ses acteurs et leur potentielle valeur ajoutée.

Cette « requalification communautaire » dépasse le cas de la Côte d’Ivoire. De la même manière, au Cameroun, le Ministère de la santé ne s’est pas investi sur la question des entreprises privées, si ce n’est de manière ponctuelle et formelle²³⁷, délaissant cet enjeu au Conseil national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) ainsi qu’au Ministère du travail.

Ainsi, cette « requalification communautaire » que nous venons d’identifier s’est opérée au sein des arènes gouvernementales, dans le cadre du modèle des politiques multisectorielles compris au sens restreint. Cependant, dans le cadre d’une action publique « polyarchique », c’est-à-dire qui présentent plusieurs pôles de pouvoirs, comment les entreprises privées y ont été intégrées et requalifiées ? Leurs spécificités ont-elles davantage été prises en compte ? Comment les bailleurs de fonds ont-ils intégré les entreprises privées dans le cadre de leurs projets ?

3.3. « Dé-différenciation » et standardisation des entreprises privées

J’ai souligné plus haut (section 1), que les mesures mises en œuvre par les gouvernements afin d’inciter les entreprises privées à se mobiliser dans la lutte contre le VIH/sida avaient eu un impact très limité sur les modalités d’action des entreprises. Ces mesures présentaient davantage des fonctions symboliques et stratégiques, que des objectifs opérationnels. Désormais, je vais m’attacher à analyser l’impact des projets initiés par les bailleurs de fonds sur le rôle des entreprises privées. Dans quelle mesure les entreprises privées ont-elles maintenu leurs spécificités ou bien ont-elles été « dé-différenciées » des autres acteurs ?

Afin d’analyser le rôle des entreprises privées dans l’action publique de lutte contre le VIH/sida, je me baserai sur la typologie élaborée par Fred Eboko concernant les différents rôles et fonctions récurrentes joués par les acteurs des actions publiques transnationales en contexte africain contemporain²³⁸ (Eboko 2013a). Parmi les différents rôles identifiés par cet

²³⁷ A titre d’exemple, alors que le Ministère de la santé a signé une convention avec le groupement inter-patronal du GICAM en 2010, la Sous-Directrice en charge du VIH/sida (du Ministère de la santé) me confiait ne pas disposer d’exemplaires au sein du Ministère, dans la mesure où cette question ne faisait pas partie de ses intérêts. Elle m’a ainsi référée au Bureau international du travail (BIT) pour me procurer le document, ainsi qu’au secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) si je souhaitais obtenir de plus amples informations sur les entreprises.

²³⁸ Face au constat d’une certaine standardisation de la « configuration » des acteurs qui inter-agissent au sein des actions publiques transnationales en Afrique contemporaine, Fred Eboko a proposé une « matrice de l’action publique ». Il s’agit d’une typologie des différents rôles et fonctions récurrentes joués par les acteurs en

auteur²³⁹ qui sont chacun endossés par une diversité d'acteurs²⁴⁰, les entreprises privées ont été, à l'origine, classées parmi les « médiateurs de surcroît », c'est-à-dire comme des acteurs qui ne se situent pas a priori au premier plan de l'action publique, mais qui l'orientent ou la réorientent par la défense de leurs intérêts propres (Eboko, Owona Nguini et Enguéléguélé 2009). Cette classification a été définie à propos de leur rôle pionnier dans l'accès aux ARV. Or, dans quelle mesure la politisation des entreprises privées a-t-elle requalifié ce rôle ? Notamment, en suivant l'hypothèse d'une « requalification communautaire » des entreprises privées, celles-ci se sont-elles rapprochées des rôles originellement joués par les associations, à savoir ceux d'« agence d'exécution » ou d'« agence de contre-modèle » ?

Les instruments d'insertion des bailleurs de fonds

Un des défis auxquels font face les bailleurs de fonds est le suivant : comment inciter les entreprises à s'engager, sans générer pour autant un « effet d'éviction » (*crowding out effect*), c'est-à-dire comment éviter la baisse de l'implication des entreprises privées et susciter leur engagement accru, malgré l'intervention des acteurs de l'aide humanitaire ? Face à cette équation inédite, l'objectif des organisations internationales est de contribuer à définir des « contre-modèles » de participation des entreprises privées à l'action publique, c'est-à-dire des modèles où les entreprises seraient des agents actifs, qui développeraient des propositions alternatives à celles des bailleurs de fonds. Cette conception s'oppose à celle définissant les « agences d'exécution » qui font référence à l'application unilatérale d'un projet sans que ses exécutants ne participent au processus d'élaboration.

Le principe généralement adopté est celui du co-investissement, c'est-à-dire celui d'un investissement conjoint entre le secteur public et privé, harmonisé et coordonné, avec pour

présence au sein des domaines d'action de la santé, de l'éducation et de l'environnement. Ces rôles sont plus ou moins déterminants, en fonction des contextes.

²³⁹ Les différents rôles identifiés sont les « agences de normalisation et/ou de standardisation » internationales, qui imposent des modes de gestion sociale relayés par des acteurs locaux, des « agences d'ajustement », qui corrigent, accentuent ou soutiennent les acteurs sociaux et politiques des pays dans la mise en œuvre des directives internationales, des « agences de concertation », chargées d'établir la mise en œuvre bureaucratique des actions publiques, des « agences de régulation nationale » chargées d'organiser leur mise en œuvre effective, des « partenariats publics privés » impliqués dans la promotion, la gestion et la pérennité des secteurs concernés, des « agences d'exécution », des « agences de contre-proposition », des « médiateurs de surcroît » qui sont des acteurs ne se situant pas a priori au premier plan de l'action publique, mais qui l'orientent ou la réorientent par la défense de leurs intérêts propres, et des « communautés épistémiques » qui apportent une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier.

²⁴⁰ Les organisations multilatérales onusienne ou internationale, les agences de coopération bilatérale occidentale, les acteurs gouvernementaux, les entreprises et fondations privées, les associations, ONG, et des réseaux d'experts internationaux publics et privés.

objectif d'améliorer l'accès équitable aux services VIH/sida²⁴¹. Cependant, en dépit de l'adhésion unanime à ce principe, sa mise en pratique diffère largement en fonction des bailleurs, selon leurs représentations qu'ils ont du secteur privé et des types d'outils de coopération qu'ils utilisent.

Le Tableau 11 récapitule les principaux outils et financements que les principaux bailleurs de fonds présents en Côte d'Ivoire et au Cameroun ont alloués en direction du secteur privé. Ces bailleurs sont la Banque mondiale, le Fonds mondial et la coopération américaine (Pepfar ou USAID). J'ai distingué les financements ayant pour finalité la prévention, et ceux ayant pour finalité la prise en charge²⁴². Les premiers sont généralement des financements avec une faible participation des entreprises, et les seconds sont davantage des partenariats avec les entreprises privées qui participent à l'ensemble du processus (conception, réalisation, financement), voire qui en sont à l'initiative.

Je propose l'hypothèse que les projets orientés vers la prévention manifestent une « déqualification médicale » et une « requalification communautaire » ; et que ceux orientés vers la prise en charge se situent davantage dans la continuité du rôle médical initialement endossé par les entreprises privées, tout en étant soumis à une « requalification » de leur rôle liée à un changement de contexte. Si je présente ici l'ensemble des financements afin de dresser un tableau global, je développerai le volet « prise en charge » dans le chapitre suivant, qui concerne essentiellement les entreprises situées en zone rurale, dans le contexte de la décentralisation de la prise en charge.

²⁴¹ « *In the context of the HIV/AIDS response, the term co-investment refers to the harmonization and coordinated joint investment of public and private resources with the common objective to improve equitable access and provision of HIV/AIDS services* », (GTZ et GBC 2005, 7).

²⁴² Il apparaît que dans les deux pays, la coopération multilatérale se réserve exclusivement aux actions de prévention, tandis que la coopération bilatérale soutient davantage les partenariats avec pour finalité la prise en charge, dans le cadre de la décentralisation en zone rurale. Cette séparation met en exergue le caractère moins opérationnel des organisations internationales multilatérales par rapport aux organisations bilatérales, davantage adaptée au fonctionnement des entreprises privées ayant besoin d'une expertise technique, et notamment pour l'organisation d'une prise en charge médicale.

Tableau 11 Financements pour la lutte contre le VIH/sida en direction des entreprises privées (Côte d’Ivoire et Cameroun)

FINALITE	TYPE DE COOPERATION	BAILLEUR	PAYS	
			COTE D’IVOIRE	CAMEROUN
PREVENTION	MULTILATERAL	BANQUE MONDIALE	PUMLS (Programme d’urgence multisectoriel de lutte contre le VIH/sida) Comités et prévention	Fonds <i>Multi-Country Aids Program</i> (MAP) Conventions entre 49 entreprises et le Conseil national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) (2001 – 2006)
			Projet « OCAL » ²⁴³ Partenariat avec le Port autonome d’Abidjan (prévention et dépistage auprès des communautés) (2012 – 2016)	-
		FONDS MONDIAL	Round 2 et Round 9 Création de comités sida, formations et dépistage en entreprises ²⁴⁴	Round 9 Prévention en entreprise via l’ONG CARE
	BILATERAL	USAID	-	Projet « OIT/USDOL » ²⁴⁵ Education au VIH/sida en milieu du travail (2005 – 2008)
PRISE EN CHARGE	MULTILATERAL	-	-	-
	BILATERAL	PEPFAR	Partenariat Pefar / ANADER (Agence nationale pour le développement rural, entreprise parapublique) Lutte contre VIH/sida en milieu rural (2005 – 2015)	-
		GIZ	Partenariats Pefar / ONG (EGPAF, Aconda-Vs) / Entreprises privées ²⁴⁶	-

²⁴³ Organisation du corridor Abidjan-Lagos (OCAL), co-financé par la Banque mondiale et le Fonds mondial.

²⁴⁴ Projets mis en œuvre par des organisations intermédiaires onusiennes (Programme des nations unies pour le développement - PNUD) ou non gouvernementales (CARE et Alliance – CI).

²⁴⁵ Projet de l’Organisation internationale du travail (OIT) et de la Coopération américaine.

²⁴⁶ Les entreprises : SOGB, SCB, SAPH, Trésor Public, SUCAF, Sempa, PALM – CI, PHCI, SIPEF – CI, Ity, IPS/Filtisac).

²⁴⁷ Partenariat Public Privé Groupement de la filière bois du Cameroun/GIZ (coopération allemande) / Partenaire contre le VIH/sida (PCS) et Institut de recherche et développement (IRD).

Agences de contre-modèles ou agences d'exécution ?

Les différents projets mis en place sont-ils parvenus à développer des « contre-modèles » incluant les spécificités des entreprises privées ? L'exemple de l'échec de la Banque mondiale au Cameroun dans le cadre de ses fonds MAP (*Multy-Country Aids Program*) au début des années 2000, illustre la manière dont l'application des modèles classiques de financement direct, expérimentés auprès d'autres acteurs (Etat, associations) ne permet pas d'aboutir à la réalisation du principe du co-investissement et d'une participation public-privé, qui exige des mécanismes techniques spécifiques (cf. Encadré 22).

Encadré 22 Étude de cas. L'échec des conventions avec les entreprises privées à travers les "fonds MAP" de la Banque mondiale au Cameroun

Au Cameroun, au début des années 2000, la Banque mondiale initie un projet en direction des entreprises privées, dans le cadre de ses fonds MAP (*Multy-Country Aids Program*). Il s'agit de fonds mis en place dans 35 pays d'Afrique subsaharienne à partir de 1999, qui visaient à la fois le renforcement de capacité des cadres institutionnels gouvernementaux et le soutien aux organisations de la société civile.

L'objectif du projet est notamment de financer des entreprises privées, par l'intermédiaire de conventions signées avec le CNLS (Comité national de lutte contre le VIH/sida), afin de propulser leur implication dans la lutte contre le VIH/sida et de créer un modèle d'intervention, selon une participation partagée à « 50/50 » entre les parties prenantes. Entre 2001 et 2006, 49 entreprises²⁴⁸ font partie de ce projet, recevant pour l'ensemble d'entre elles, entre 500 millions et 2 milliards de FCFA (selon les sources). Ce plan, fortement médiatisé, montre rapidement ses limites. Certaines entreprises se dégagent de leur collaboration avec l'Etat de manière prématurée, préférant mettre un terme à une collaboration problématique avec l'Etat (lenteur, voire absence des décaissements, tendance à imposer des consultants et des prestataires aux coûts élevés) plutôt que de bénéficier de ces subventions²⁴⁹. D'autres arrêtent toute activité avec l'épuisement des financements.

L'efficacité du projet, en termes d'impact et de pérennisation, bien que n'ayant pas été évaluée de manière formelle, a largement été mise en doute par de nombreux acteurs locaux (bénéficiaires ou non) rencontrés au cours de l'enquête. Ce projet inédit de financement direct aux entreprises, qui n'a pas connu d'équivalent en Côte d'Ivoire, a participé à gonfler de manière artificielle la mobilisation des entreprises privées au début des années 2000.

Cet échec montre qu'en dépit de l'objectif initial de créer des « contre-modèles » d'intervention dans la lutte contre le VIH/sida, l'imposition unilatérale du projet a transformé les entreprises en « agences d'exécution », montrant les limites communément observées en

²⁴⁸ Camtel, CNPS, Sosucam, FNE, Adrh-apave, Aes – Sonel, Alucam, Beneficial Life Insurance, Bicec, SABC, Camrail, Camship, Chococam, Cicam, Citoyenne Assurance, Graphic system procolor, CFAO, H2TX, Guinness Cameroon, Hydrac, Hysacam, Orange, PHP-SPNP-SBM, Plasticam, Pmuc, PAD, Sic Cacao, Sitabac, Socapalm, Socarto, SGBC, Sodecoton, SOC, CCO, SCS, Hevecam, CDC, Pamol, Sonara, Mukete Estate Limited, Cafeco Limited, Cameroon Radio Television, Sotramilk, Autorité Aéronautique, FME – gaz, Geofor, Hotel Ibis, SNEC, Axa Assurances.

²⁴⁹ Bulletin du GICAM, n°32, Avril 2006.

termes de pérennisation (Harman 2007). En Côte d'Ivoire, le projet OCAL (Organisation du corridor Abidjan – Lagos), initié également par la Banque mondiale est un autre exemple ivoirien du décalage entre la rhétorique de l'appropriation et les moyens mis en œuvre pour y aboutir²⁵⁰.

Au-delà de ce constat, l'exemple des conventions du Conseil national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) au Cameroun illustre la manière dont la marge d'autonomie des entreprises privées les distingue des autres acteurs, certaines d'entre elles ayant fait le choix de s'extraire du projet. Ainsi, certaines entreprises ont évalué négativement le rapport entre les contraintes liées à la collaboration avec les partenaires extérieurs (nationaux ou internationaux) et les avantages financiers éventuels retirés d'une telle collaboration. Le coordinateur du projet du partenariat public privé du groupement forestier camerounais (PPP GFBC) résumait cette position d'indépendance des entreprises privées, pour qui le VIH/sida n'est qu'un objet marginal :

« Moi, si j'ai mon projet personnel, je ne peux pas accepter n'importe quel financement ! Pourquoi ? Parce que je ne veux pas être distrait dans mes activités. Si ce n'est pas une priorité pour moi : je mets ça de côté ! Si je vends, par exemple, des biscuits, et puis on me dit 'Monsieur, on vous donne des préservatifs gratuits pour les vendre'... Même si c'est gratuit, je ne veux pas vendre ça ! Ce n'est pas mon secteur d'activités ! Donc c'est pour dire, c'est le domaine qui revient au Ministère de la santé publique ! (...) le secteur privé, c'est une contribution ! » (Coordinateur PPP GFBC/GIZ/PCS/IRD)

A la différence du secteur associatif qui dépend en grande partie de l'allocation de l'aide internationale, les capacités financières du secteur privé minimisent (voire annulent) leur intérêt à participer aux *forums* d'action publique.

L'exemple de la difficile inclusion des entreprises privées au sein des instances de coordinations nationales du Fonds mondial (CCM) témoigne des freins institutionnels qui limitent l'accès des entreprises aux forums d'action publique. D'un côté, ses lourdeurs procédurales sont peu adaptées à leurs besoins d'opérationnalité et d'efficacité. Celles-ci exigent une intégration continue des entreprises aux CCM, leur participation à l'élaboration d'une proposition commune en accord avec les critères d'appréciation du Fonds, la mise en

²⁵⁰ Au sein du projet OCAL (Organisation du Corridor Abidjan – Lagos) les entreprises privées ont directement endossé le rôle d'« agence d'exécution ». Co-financé par la Banque mondiale (2004 – 2007, 2011-2016), et par le FM (2007 – 2012), le projet OCAL a pour objectif d'organiser la prévention et la prise en charge des IST/VIH/sida auprès des populations mobiles, tels que les travailleuses du sexe, les routiers, les corps habillés, les commerçantes, les vendeurs ambulants, etc., sur l'axe Abidjan- Lagos. Dans ce contexte, le projet a proposé à certaines entreprises de transport, tel que le Port autonome d'Abidjan (PAA), de mettre en œuvre des activités de sensibilisation et de dépistage dans leur zone d'influence (2012 – 2016)²⁵⁰. Malgré une stratégie de pérennisation affichée reposant sur la prise de relais du PAA, aucun mécanisme n'encourage actuellement le Port à s'y investir. Le projet est entièrement financé par l'OCAL. Le PAA n'apporte aucune contribution financière, humaine, ou matérielle, si ce n'est l'ancre, évoquée par la coordinatrice du port, lors de notre entretien. Les agents du PAA mobilisés sont rétribués par le projet, sous forme de *per diem*.

conformité aux procédures de décaissement et de mise en œuvre, l'élaboration de plans prévisionnels d'approvisionnement et de stock et de rapports réguliers sur les achats, la soumission au contrôle et à l'évaluation par les agents locaux du Fonds (LFA) suivant des indicateurs de performance bien spécifiques, etc.. En Côte d'Ivoire comme au Cameroun, les entreprises privées ne se sont pliées qu'exceptionnellement à un tel processus.

La réduction des entreprises privées à des « agences d'exécution » ou à des « bénéficiaires » souligne le décalage entre une « rhétorique de l'appropriation » et les moyens mis en œuvre pour y aboutir. Le cas spécifique des entreprises privées met au jour la situation paradoxale à laquelle font face d'autres acteurs dépendants de l'aide (Etat, associations), que les bailleurs de fonds enjoignent à « s'approprier » la réponse nationale, tout en étant façonnés par des mécanismes extrêmement contraignants.

D'autre part, cette requalification en « agence d'exécution » révèle le manque d'adaptation institutionnelle et de compétences techniques mises en place pour intégrer effectivement cet acteur spécifique dans la lutte contre le VIH/sida. En effet, la mise en place d'un co-financement nécessite des compétences très spécifiques à la fois dans les domaines du VIH/sida, celui des entreprises privées et celui des partenariats publics privés. Les initiatives relèvent ainsi de tâtonnements au sein d'un terrain encore vierge, ayant tendance à absorber les entreprises privées dans des mécanismes déjà éprouvés, plutôt que de développer des mécanismes spécifiquement adaptés aux exigences du secteur privé.

L'exemple du Fonds mondial est à cet égard éclairant.

Le Fonds mondial et la rhétorique du « partenariat public-privé »

Dans le cas du Fonds mondial, les actions résiduelles dont ont bénéficié les entreprises privées en Côte d'Ivoire et au Cameroun ont été conçues en dehors d'elles, en contradiction avec les principes fondateurs du Fonds mondial, de l'*alignement* et de l'*appropriation*. Ici aussi, les entreprises se sont davantage présentées comme des bénéficiaires que comme des partenaires à la planification, au financement et à la réalisation. Les actions du Fonds mondial en Côte d'Ivoire et au Cameroun ne reflètent pas pour autant la gamme d'instruments que

celui-ci a développés pour optimiser la participation des entreprises dans d'autres contextes nationaux.

La forme classique de collaboration avec le secteur privé choisie est celle du co-investissement. Le Fonds mondial contracte un partenariat avec une grande entreprise privée, avec pour objectif d'étendre le programme qu'elle a mis en place auprès de ses employés aux communautés environnantes²⁵¹. Les défis techniques de ce type de partenariat, nécessitant de convaincre l'ensemble de ses parties prenantes, à commencer par les entreprises, jusqu'aux *portfolio managers*²⁵², a limité dans la pratique ses réalisations, ne représentant au final que 13% des partenariats du Fonds mondial avec le secteur privé en 2010 dans le monde²⁵³. D'autres types de partenariats plus ponctuels et techniquement moins contraignants ont ainsi été mis en œuvre : le soutien à des coalitions d'entreprises organisant les actions au sein des entreprises²⁵⁴, l'appui de certaines grandes entreprises qui leur fournissent une expertise technique²⁵⁵, l'engagement de certaines grandes entreprises au renforcement des systèmes de santé²⁵⁶, ou les partenariats avec des ONG désignées comme récipiendaires principales²⁵⁷. C'est dans le cadre de ce dernier cas, que les secteurs privés ivoirien et camerounais ont reçu un soutien.

Si le peu de collaboration entre les entreprises privées et les organisations internationales s'expliquent en partie par les lourdeurs institutionnelles, les luttes de personnes autour de l'attribution des financements ou le caractère marginal du VIH/sida pour les entreprises privées, un autre élément plus paradoxal constitue un frein à cette collaboration publique-privée, à savoir les normes qui animent dans la pratique les acteurs de la coopération internationale.

Au niveau international, malgré le processus constant et irréversible de l'insertion du secteur privé à la gouvernance mondiale de la santé globale, de nombreuses organisations

²⁵¹ Par exemple, la Bangladesh Garments Manufacturers and Exporters Association, lors du Round 8 TB en 2002.

²⁵² Le *portfolio manager* (ou « gestionnaire de portefeuille ») est un agent du Fonds mondial qui devient le référent du Fonds mondial dans un pays bénéficiant de son appui.

²⁵³ Les principales collaborations concernant le soutien à la mise en œuvre des subventions (43%) et la donation de services ou produits (26%).

²⁵⁴ Par exemple, en Papouasie Nouvelle Guinée, avec la BAHA (VIH – R9) ; la Chambre des mines de Guinée (VIH – Round 9) ; Ecosida au Mozambique (VIH – Round 10) ; regroupement d'entreprises au Nigeria (VIH ; Round 9).

²⁵⁵ Par exemple, la *Standard Bank* pour le renforcement de capacité dans quatre pays d'Afrique ; Celtel et MTN au Nigeria ; ou MTN, ZAIN, Total et la Banque mondiale pour promouvoir le dépistage mobile.

²⁵⁶ Par exemple, au Libéria, dans le cadre du R9 VIH ; Afrique du Sud Round 9 VIH.

²⁵⁷ Par exemple, en Zambie, avec la Coalition d'entreprises (*Zambian Business Coalition Against Aids - ZBCA*) (Round 9 – VIH).

internationales ont résisté à cette dynamique. Auriane Guilbaud a montré comment l’OMS a intégré le secteur privé dans ses arènes techniques et décisionnelles, selon une approche défensive. C’est-à-dire que l’OMS a intégré les entreprises privées dans une logique de régulation politique de ce secteur, afin de sauvegarder son indépendance et de se préserver de tout soupçons de collusions avec l’industrie pharmaceutique, protégeant son modèle d’organisation intergouvernementale. L’auteure montre que, de manière opposée, le Fonds mondial, dont la structure même de gouvernance inclut des acteurs privés et fonctionne selon les règles du *New Public Management*, est davantage ouverte aux acteurs privés. Il a intégré le secteur privé selon une logique incitative, relevant d’une « politique par le marché », afin de le faire participer à tous les niveaux de sa structure de gouvernance (notamment au sein du Conseil d’administration et des CCM locaux), ainsi que pour développer leur contribution financière²⁵⁸.

Cependant, bien que le Fonds mondial soit formellement ouvert à la participation du secteur privé lucratif, sa mise en œuvre s’est heurtée à un environnement extrêmement hostile. L’ancien responsable du co-investissement du Fonds mondial confiait que la grande majorité des salariés du Fonds ne souhaitaient pas travailler avec les entreprises privées. Cette réticence à travailler avec le secteur privé lucratif était selon lui récurrente au sein du monde du développement (organisations internationales telles que l’OMS ou l’Onusida, ONG, gouvernements), qui avaient une « crainte obsessionnelle » que le secteur privé profite du VIH/sida pour capter des financements publics. Par exemple, que celui-ci se serve de ses capacités financières et de son autorité politique pour corrompre les membres des instances de coordination nationale (CCM) locaux du Fonds mondial ; ou alors qu’il développe des trafics d’ARV subventionnés via leurs réseaux. La logique lucrative des entreprises privées a pu être perçue comme allant nécessairement à l’encontre de la logique humanitaire. L’appétit économique insatiable des grandes entreprises privées verrait ainsi dans le secteur du Sida un nouveau terrain de chasse, où déployer leur puissance économique et politique. C’est ainsi que la Directrice Développement de l’association *Sida Entreprises* confiait être perçue comme la représentante des « grands méchants loups du CAC 40 » au sein du milieu du VIH/sida. La perception du secteur privé a ainsi assimilé les intérêts réels de certaines entreprises privées (et notamment pharmaceutiques) à participer aux arènes politiques de la santé globale aux enjeux animant les entreprises situées localement, à propos de la prise en charge de leurs employés.

²⁵⁸ (Guilbaud 2012, 372).

Au niveau local, peu d'acteurs publics, nationaux ou internationaux ont perçu l'intérêt réel d'impliquer le secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida. Dans le cadre du Fonds mondial, si les entreprises privées ont participé aux instances de coordination nationales (CCM) et à l'ensemble de la procédure de soumission des propositions nationales, elles le sont davantage afin de répondre aux critères d'éligibilité. Les *portfolios managers* (gestionnaire de portefeuille) ont tendance à s'en désintéresser, en raison de la faiblesse des coûts des projets relatifs aux entreprises privées, comparativement aux fonds alloués aux acteurs gouvernementaux²⁵⁹. De plus, leurs capacités financières propres tendent à les considérer comme des acteurs non prioritaires. Au final, l'intégration des entreprises privées aux *forums* de l'action publique nationaux a davantage répondu à une obligation de se conformer, *a posteriori*, à une rhétorique multisectorielle et participative, qu'à une croyance endogène en sa légitimité et en son efficacité des acteurs chargés de la mettre en pratique.

Cette absence d'intérêt tend dès lors à faire des entreprises privées des bénéficiaires ou des « agences d'exécution » comme les autres, reproduisant les mécanismes de la dépendance internationale fortement critiqués. Tandis que les entreprises privées avaient développé des initiatives autonomes et endogènes, leur politisation a généré la standardisation de leurs contributions et un nivellement de leurs actions sur les acteurs publics ou de la société civile, autant sur les modalités de financements (dépendance) que du rôle (exécution), aux types de projets mis en œuvre. Je propose désormais de montrer les effets de cette standardisation des entreprises privées dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/sida au sein même des entreprises privées.

3.4. La « verticalisation » de la lutte contre le VIH/sida en entreprises

En Côte d'Ivoire et au Cameroun, les projets financés par les bailleurs de fonds en direction des entreprises privées ont porté sur : la création/redynamisation de « comités sida » ou « cellules sida », la formation de « pairs éducateurs », l'organisation de séances de sensibilisation et de dépistage et la formation de syndicats. Quels ont été les effets de l'application des stratégies de lutte contre le VIH/sida en milieu du travail recommandés par

²⁵⁹ Selon l'ancien responsable du co-investissement au Fond mondial.

les institutions internationales ? Afin d'étayer mon propos, je m'appuierai ici sur l'exemple des « comités VIH/sida », tels qu'observés au sein des entreprises privées de Côte d'Ivoire.

Il s'agit d'un outil à la base des « programmes VIH/sida » des entreprises, généralement admis et diffusés par les organisations internationales. Les comités VIH/sida sont devenus les indicateurs privilégiés pour évaluer l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida²⁶⁰. Cet outil est également devenu le modèle de référence des programmes VIH/sida en entreprises, dépassant le cadre strict des financements internationaux.

L'exemple des « comités sida ».

Les « comités sidas », « cellules focales VIH/sida » ou « comités santé », sont des outils destinés à la supervision des programmes VIH/sida au sein des entreprises. En général, ils sont présidés par le Directeur général de l'entreprise et coordonnés par un employé volontaire ou désigné, et incluent des membres de divers services de l'entreprise. Leur composition est variable. Comment ces comités *ad hoc* ont-ils été ré-appropriés ou contournés par les acteurs des entreprises privées ? Tandis que les premières initiatives d'accès aux ARV ont pu placer le médecin au cœur du dispositif²⁶¹, quels ont été les effets de ces comités sur le rôle du médecin et de l'orientation stratégique de la lutte contre le VIH/sida en entreprise, entre prévention et prise en charge ?

Alors qu'aux débuts de l'épidémie, les activités de prévention du VIH/sida (lorsqu'elles existaient) étaient gérées par le pôle médical, la promotion de l'implication des entreprises privées dans le sida s'est faite au travers du modèle des « comités VIH/sida ». Ce modèle a été inspiré des « cellules focales » mises en œuvre au sein des Ministères dans le cadre de la multisectorialité. Ces comités se sont greffés au sein des entreprises de manière parallèle aux institutions liées à la santé, tels que les Comités d'hygiène, santé et sécurité au travail (CHSST), obligatoires pour chaque entreprise de plus de 50 employés en Côte d'Ivoire²⁶², ou

²⁶⁰ Les programmes financés par les organisations multilatérales se sont généralement centrés sur la création ou la redynamisation de ces comités : la phase 1 du *Round 2* du FM a permis de créer 172 comités, la phase 2 du *Round 2*, d'en créer ou d'en redynamiser 120, tandis que le programme du PUMLS/BM a permis d'en créer 50 nouveaux. Au total, environ 300 comités sida ont été créés, dont 80% qui ne seraient plus fonctionnels aujourd'hui (cf. Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire – CECI). Cet indicateur voile un ensemble d'autres paramètres, donnant des indications sur la qualité des actions menées : définition d'une politique et d'un plan d'action, disponibilité des ressources (budgets, fonds sida) et mise en œuvre effective des activités.

²⁶¹ Dans le cas des entreprises ayant développé une prise en charge en interne.

²⁶² Décret n°96-206 du 7 mars 1996. Le CHSST est chargé d'organiser la prévention et les risques professionnels.

bien le pôle médical. Ce choix de séparer les activités VIH/sida des activités médicales de l'entreprise a poursuivi une double finalité.

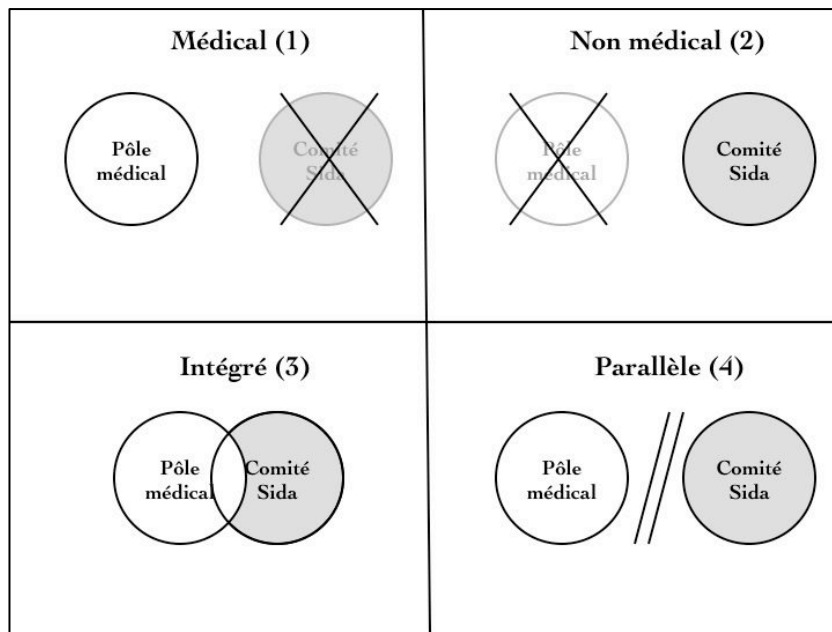
D'un côté, afin d'éviter toutes suspicions, perceptions ou obstacles réels liées aux fonctionnements ou aux dysfonctionnements des centres médicaux (collusion du médecin d'entreprise et de la Direction, absence de confidentialité, caractère obligatoire de la médecine légale, manque de temps du personnel médical). D'un autre côté, afin de faciliter l'implantation rapide de programmes VIH/sida et quantifiables. Ce processus fait écho à la manière dont la prise en charge du VIH/sida a été intégrée au sein des structures de santé publiques, selon un mode « verticalisé » (c'est-à-dire indépendant des activités courantes), qui a été justifié en raison de l'investissement personnel que demandait le VIH/sida, de l'inefficience des stratégies intégrées²⁶³, et de la structure verticale de l'aide internationale massive allouée au VIH/sida. La diffusion de ce modèle au sein des entreprises privées s'est effectuée selon une modalité « verticalisée ».

J'ai identifié quatre types de configuration dans la gestion du VIH/sida suscitées par ce processus (cf. Schéma 5) : 1) la concentration des activités VIH/sida par le pôle médical et l'absence (ou l'ineffectivité) des comités sida (*type médical*) 2) la concentration des activités VIH/sida par le comité, composé d'acteurs non médicaux (*type non médical*) 3) l'implication du pôle médical dans le comité sida (*type intégré*) et 4) la gestion parallèle des activités VIH/sida par le pôle médical et par le comité Sida (*type parallèle*). Il est à noter qu'il est très rare que les comités d'hygiène et de sécurité au travail (CHSST) aient été impliqués dans les activités VIH/sida, ces modèles, eux même exogènes²⁶⁴ étant généralement peu effectifs²⁶⁵.

²⁶³ (Keruedan, Coulibaly et Deschamps 1997).

²⁶⁴ Le modèle des CHSST sont issus de l'organisation de la sécurité et de la santé au travail française.

²⁶⁵ (Yéboué-Kouamé et al. 2012).

Schéma 5 Types d'organisation des activités VIH/sida au sein des entreprises privées

Source : auteur

Coordination et tensions des acteurs médicaux
et « profanes » dans la lutte contre le
VIH/sida en entreprises

Afin de guider ma démarche, je m'appuierai sur l'étude de cas de l'entreprise n° 11, dont les conflits ouverts entre le pôle médical et le comité sida sont particulièrement révélateurs des tensions suscitées par la verticalisation du VIH/sida en entreprises. A l'origine, cette entreprise a représenté le « type parallèle », pour évoluer vers un « type intégré » (cf. Encadré 23).

**Encadré 23 Étude de cas : entreprise n°11. Concurrences médicales et non médicales
autour de la lutte contre le VIH/sida en entreprise**

L'entreprise 11 est une ancienne société d'Etat, privatisée dans les années 1980, qui s'est positionnée parmi les entreprises historiques engagées dans le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

En 1997, elle crée un « comité sida », sous l'impulsion de sa Direction générale. Les activités débutent véritablement en 2001, suite à l'embauche d'un médecin d'entreprise, recruté en partie pour sa spécialisation dans le VIH/sida. Grâce à l'appui de ses anciens collaborateurs du service des maladies infectieuses (SMIT), le médecin d'entreprise convainc la Direction et les syndicats à la mise en place d'un fonds de solidarité sida afin de financer les trithérapies des employés infectés et de démarrer les activités de prise en charge médicale.

Dès lors, la lutte contre le VIH/sida se développe de manière parallèle au sein de l'entreprise : le volet prévention est confié à un employé du service des ressources humaines, le volet médical reste à la

charge du médecin d'entreprise, et la gestion des fonds est assurée par la Direction générale. Une véritable concurrence paralyse l'articulation entre les activités de prévention et les activités médicales. Selon le médecin de l'entreprise, le VIH/sida a été instrumentalisé, poursuivant d'autres fins, et notamment a été utilisé pour promouvoir des individus, *via* le comité, au sein de l'entreprise. En revenant sur son parcours, il déclarait :

« Oui, celui qui m'avait embauché avait été attiré par mon CV...Mais ils avaient une promotion à faire. Donc au lieu de mettre le service médical au centre, ils ont fait ça autonome. Donc nous sommes tous les deux des chefs de services, l'autre aussi revendique son autonomie. Au début, je me suis mis là bêtement, à faire un plan d'action et tout. Mais quand j'ai compris, je me suis écarté, et je vous assure qu'à (*l'entreprise 11*), pendant 6-7ans, le sida n'a pas bougé ! Parce que moi je ne voulais plus bouger, j'ai dit à mon équipe « on bouge pas ! ». On soignait nos malades, on faisait de la sensibilisation quand on était en visites médicales, mais on ne se mêlait pas de l'activité du Comité. Ca n'a plus bougé ! » (Médecin entreprise 11)

Des activités VIH/sida sont organisées au sein de l'entreprise (sensibilisation, dépistage), ou à l'extérieur (réunions VIH et secteur privé), sans que le pôle médical ne soit informé. Petit à petit, deux circuits parallèles de prévention et de prise en charge sont institués : un circuit géré par le comité de l'entreprise en collaboration avec le CIRBA et un autre géré par le service médical de l'entreprise travaillant en collaboration avec le SMIT. Il n'existe pas de centralisation des données au niveau de l'entreprise. Son médecin relate ainsi cette coexistence entre deux types de « sida » : le « sida du comité », instrumentalisé et faisant l'objet de convoitises, et le « sida du service médical », marginalisé :

« Mais la précédente (*ndlr : responsable du comité sida*), elle a décidé que le sida, tout le monde peut en faire. Donc elle n'a pas besoin de moi pour faire *son sida* ! Donc ça fait que ça nous a mélangé. Et c'est cette image là...Je t'ai dit, parfois on organisait des séances de sensibilisation chez nous, l'infirmerie n'était même pas informée ! On n'était même pas invités ! On voit le Dr Chenal qui débarquait, qui venait faire de la sensibilisation, où faisait des dépistages volontaires. Ca c'est le biais, c'est une des difficultés de la gestion du VIH/sida en entreprise ! Parce que comme c'est la DRH (dans toutes les entreprises que vous allez voir), c'est la DRH qui gère. Donc la DRH en profite pour faire des promotions. (...) C'est parce que les gens ont tellement voulu dire que tout le monde pouvait faire du sida, et puis parfois ça échappe aux médecins ! Ca nous échappe. Nous, nous ne gérons *que* les malades ».

Depuis le changement de coordination du « comité sida », les tensions se sont apaisées, menant à un « modèle intégré » de la gestion du sida, au sein duquel le médecin participe pleinement.

Ce cas témoigne de quatre phénomènes. Premièrement, de l'instrumentalisation du VIH/sida à d'autres fins au sein de l'entreprise. Ici, le médecin de l'entreprise n°11 dénonce la manière dont l'attribution de la gestion du comité a été effectuée à des fins de promotion interne. Aux débuts des programmes VIH/sida certains employés les ont perçus comme un moyen d'accéder à des privilèges dans l'entreprise (formations, *per diem*), faisant écho aux financements massifs alloués à cette maladie dans la société ivoirienne. Cependant, les contraintes de production de l'entreprise ont généralement éteint cet élan initial. L'entreprise n°11 est une exception dans la mesure où c'est l'unique entreprise de mon échantillon disposant d'une personne responsable à temps plein des activités VIH/sida. Dans la plupart des entreprises rencontrées, le VIH/sida est une activité subsidiaire, sans valorisation spécifique, menée par des acteurs volontaires ou choisis pour leurs « qualités sociales ». Si le soutien effectif de la Direction est une condition nécessaire à l'accomplissement de ces stratégies, les objectifs de production et les contraintes imposées par leurs supérieurs hiérarchiques directs constituent souvent un frein majeur. Les coordinateurs des Comités Sida sont avant tout évalués pour

leurs performances du travail pour lequel ils ont été embauchés, et non sur leur capacité à organiser la prévention du VIH/sida en entreprises. Il est rare que les activités liées au VIH/sida fassent partie de valorisations particulières.

Deuxièmement, de la tension entre des « savoirs experts » et « savoirs profanes », résultant de la « dé-médicalisation » du VIH/sida induite par la création des comités sida. Le médecin de l'entreprise n°11 évoque « *leur sida* », désignant un type d'expertise profane, contingente et vulgarisée, qui s'exprime à travers des manifestations festives, voire folkloriques (cf. Chapitre 7). Les acteurs en charge des comités bénéficient généralement d'une formation initiale, ayant pour responsabilité de mettre à jour leurs connaissances de manière autonome. En retour, certains comités ou DRH rencontrés ont souligné la distance qui les sépare de médecins appartenant à un monde corporatiste et qu'ils perçoivent comme fermé.

Troisièmement, cette dichotomie entre le comité sida et le pôle médical observé dans l'entreprise n°11, témoigne de l'absence de coordination des informations, du manque de circulation des savoirs et de la désarticulation des stratégies de prévention et de prise en charge au sein des entreprises privées. A l'origine, l'extraction de la gestion du VIH/sida du pôle médical a été adoptée afin de susciter la confiance des employés. Or, ce système a généré une fragmentation du savoir lié au VIH. Dans certaines entreprises au sein desquelles j'ai à la fois rencontré des acteurs issus du pôle médical, du comité sida et/ou de la Direction, une forte méconnaissance réciproque de leurs activités s'est révélée (type de prise en charge proposée, structures médicales partenaires, modalités de proposition du dépistage, etc.).

De plus, en raison du poids symbolique du VIH/sida, les acteurs non médicaux de l'entreprise, et notamment de la Direction, ont adjoint une prudence extrême, passant d'une connaissance abusive des employés infectés, à une méconnaissance extrapolée. Certains dirigeants déclarent ne pas connaître le nombre de personnes infectées par le VIH ou prises en charge par l'entreprise, afin d'éviter toute suspicion possible, assimilant la connaissance du *nombre* des personnes avec celle du *nom* des personnes. Cette absence de maîtrise informationnelle autour du VIH/sida a pu devenir un obstacle, tant pour la mise en œuvre d'une stratégie intégrée (lien entre la prévention, le dépistage et la prise en charge) que pour la gestion des programmes.

Enfin, cette étude de cas relève la dichotomie des réseaux extérieurs aux entreprises privées : entre ceux privilégiant l'approche médicale (et contournant les comités) et ceux privilégiant l'approche préventive (et contournant le médecin). Au sein de l'entreprise n°11, deux réseaux parallèles de prise en charge coexistent : celui externalisé effectué en partenariat avec le centre semi privé du CIRBA²⁶⁶ ; et celui internalisé en collaboration avec le service des maladies infectieuses public (SMIT). De manière plus large, les réseaux structurés autour des comités sida ont davantage investi les arènes de l'action publique, tandis que les réseaux médicaux ont davantage développé une approche opérationnelle. La politisation des entreprises privées s'est davantage appuyée sur les réseaux des comités sida au sein des entreprises privées, participant à marginaliser le volet médical.

En résumé, les activités financées par les organisations internationales incitent les entreprises privées à reproduire l'ordre social existant, plutôt qu'à s'appuyer sur leur acquis institutionnel (comités d'hygiène et sécurité au travail, personnel médical). Bien qu'étant une tentative de réponse au lourd défi de la confiance et de la gestion de la confidentialité, les comités sida ont pu rentrer en concurrence avec des initiatives médicales endogènes, contribuant à la « verticalisation » du VIH/sida en entreprises (tensions et concurrences entre acteurs, désarticulation des stratégies), ainsi qu'à la « déqualification médicale » et à la « requalification communautaire » des entreprises privées.

La stratégie des « pairs éducateurs » est un autre type de modèle diffusé au sein des entreprises privées. Je ne développerai pas ici cet exemple en profondeur, mais soulignerai, dans l'Encadré 24, les similitudes que cet outil partage avec les comités VIH/sida, afin de mettre en évidence les constantes des effets produits d'une rencontre entre modèles exogènes et dynamiques endogènes au sein du secteur privé.

²⁶⁶ Centre intégré de recherches biocliniques à Abidjan.

Encadré 24 Le modèle des « pairs éducateurs »

La stratégie de prévention basée sur les pairs éducateurs (PE) est un autre exemple de modèle exogène importé au sein des entreprises privées. Les pairs éducateurs se trouvent à la phase opérationnelle du plan d'action défini par les membres du comité sida. Les pairs-éducateurs sont des employés formés pour délivrer à leurs collègues de façon informelle et régulière une information fiable sur le VIH/sida ou tout autre message de sensibilisation sur d'autres thématiques²⁶⁷. Ils sont des personnes relais entre les experts médicaux et superviseurs du projet et leurs collègues. Leurs missions consistent essentiellement à organiser les séances de sensibilisation au sein des entreprises et à diffuser les informations auprès de leurs pairs.

La diffusion de ce mode de prévention au sein du secteur privé a fait face aux mêmes phénomènes que ceux liés à l'implantation des « comités sida » : la difficile adaptation à l'organisation spécifique des entreprises, les opportunités de valorisation (marchandes et sociales) apportées par le VIH/sida, le dilemme de l'expertise profane/experte et l'utilisation privilégiée de ce modèle quantifiable par les entreprises et bailleurs.

Cette stratégie préventive a été importée au monde associatif, dans le cadre de la santé de la reproduction et des mouvements de jeunesse. Issue d'un monde où l'organisation est essentiellement horizontale, son implantation en entreprises a fait face à un mode d'organisation pyramidal et caractérisé par un *turn over* important de leurs employés à remplacer et à reformer régulièrement. Ces pairs éducateurs ont eu des difficultés à s'imposer, bloqués par les impératifs de production dictés par leurs *managers*. Sans valorisation financière et face à ces obstacles hiérarchiques, la motivation des pairs éducateurs a pu également rapidement s'éroder. Ayant bénéficié d'une courte formation, leur légitimité aussi à s'improviser « expert sida » auprès de leurs collègues a pu avoir des difficultés à s'asseoir.

Selon un processus d'homogénéisation du secteur privé, le modèle des pairs éducateurs a autant été implanté au sein des grandes banques d'Abidjan, employant une main d'œuvre qualifiée et ayant un accès facilité à l'information, que dans les entreprises agro-industrielles isolées essentiellement composées d'ouvriers agricoles, avec peu de vecteurs d'information locaux.

Enfin, la formation des pairs éducateurs a représenté une « activité » facilement mise en œuvre et quantifiable, dès lors privilégiée dans le cadre de projets extérieurs ou de la communication d'entreprises, au détriment de stratégies globales et à long terme. Par exemple, en Côte d'Ivoire, malgré la large place qui avait été faite au secteur privé dans la proposition initiale du *Round 9* du Fonds mondial validée par Genève, et qui incluait 258 entreprises avec pour objectif de sensibiliser 18.000 personnes, les activités ont finalement été réduites à l'organisation de courtes sessions de formations de pairs éducateurs (2 jours), et à l'appui à l'organisation de campagnes de dépistage auprès de 18 entreprises privées. Ce choix a découlé d'un contexte d'urgence, et de la nécessité à prouver la capacité d'absorption locale dans le but de bénéficier de la deuxième tranche du *Round*.

Ces programmes exogènes ont tendance à uniformiser l'hétérogénéité du secteur privé : les pairs éducateurs comme les « comités sidas » ont été des outils diffusés au sein des entreprises quelles qu'elles soient, et quel que soit le contexte de mobilisation politique extérieure. Le modèle des coalitions d'entreprises largement promu par les organisations internationales, a également participé à homogénéiser le secteur privé, gommant les caractéristiques communes des filières d'activités et des réseaux professionnels préexistants.

²⁶⁷ (Defrance et Miklavec 2010).

Conclusion du Chapitre 5

Au cours de ce chapitre, j'ai souligné les contradictions intrinsèques de la rhétorique promouvant la publicisation et l'intégration des entreprises privées aux politiques multisectorielles de lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne. En effet, tandis que les ressources (financières, techniques, matérielles, humaines) du secteur privé sont affichées comme un élément de réponse aux défis organisationnels des politiques nationales (dépendance, pérennisation, efficacité), un profond décalage sépare la rhétorique de la pratique. Au final, ni les mesures initiées par les acteurs gouvernementaux, ni les projets financés par les bailleurs de fonds n'ont permis de parvenir à un engagement accru du secteur privé via ces processus publics.

La politisation des entreprises privées s'est caractérisée à la fois par une « sur-politisation » et par une « sous-politisation ». D'une part, la publicisation de cet enjeu au sein des forums d'action publique qui a dépassé largement le sujet en cause (*politics*) relève de ce que Pierre Lascoumes définit comme étant une « sur-politisation » (Lascoumes 2009). L'insertion du secteur privé à l'action publique a essentiellement poursuivi des objectifs symboliques et stratégiques. Les entreprises privées sont devenues un objet de convoitise dans le jeu politique du « courtage au développement » (Olivier de Sardan et Bierschenk 1993). Le caractère polysémique, abstrait et flou de la « multisectorialité » a été un terreau favorable aux luttes de pouvoirs : diversité des interprétations, absence de hiérarchisation des priorités, absence de prise en compte du contexte de fragilité des États en place ainsi que de la nature des relations (dés)-unissant les secteurs public et privé. Le processus de politisation de la question du VIH/sida et des entreprises privées a connu une déconnexion inéluctable du champ économique. Un décalage trop prononcé a séparé les normes, pratiques et priorités d'action des acteurs du champ politique et ceux du champ économique.

D'autre part, tandis qu'un ensemble hétéroclite d'acteurs publics et privés s'est affronté pour obtenir la reconnaissance de leur légitimité auprès des organisations de la coopération internationale, l'enjeu même du VIH/sida en milieu du travail a connu un déficit de « problématisation ». Ainsi, la minimalisation de la dimension substantielle de cet enjeu au profit de la dimension formelle (*policy*) a montré une forme de « sous-politisation » (Lascoumes 2009). Les politiques publiques ont éludé les enjeux relatifs à la protection des

droits des employés (discrimination, santé et sécurité au travail), aux mesures de réglementation et de contrôle structurelles, en se concentrant sur des mesures incitatives, fondées sur la « responsabilité » des entreprises privées. La politisation des entreprises privées a généré une « déqualification médicale » et une « requalification communautaire » de leur rôle. En tant qu'acteur privé, elles ont été intégrées, de facto, aux côtés de la société civile. L'absence d'expertise (et d'intérêt) pour le secteur privé a favorisé la reproduction de mécanismes et de modèles déjà éprouvés auprès des acteurs dits « communautaires », favorisant la standardisation des entreprises privées. Ainsi, de « médiateur de surcroît » capable d'infléchir les politiques nationales au début des années 2000, elles ont eu tendance à se dé-différencier, voire à devenir des « agences d'exécution » ou des bénéficiaires de rares projets initiés en leur direction. Les modèles diffusés (coalitions d'entreprises, comités sida, pairs éducateurs) ont participé à homogénéiser le « secteur privé », gommant la diversité fondamentale des entreprises privées (taille, secteurs d'activités, filières de production, réseaux professionnels, etc.).

En définitive, cet exemple montre les limites du recours rhétorique à la synergie d'une collaboration public-privé comme technique de gouvernement. Il montre également combien ce « voile » rhétorique cache le profond désintérêt, tant du côté des entreprises privées (pour qui le VIH/sida est un enjeu marginal) que du côté des bailleurs (pour qui les entreprises privées sont un acteur marginal) pour cette question.

La comparaison avec le Cameroun a permis de confirmer ces contradictions propres au processus de la politisation des entreprises privées, bien que montrant quelques nuances, notamment un formalisme et un désintérêt plus prononcés des acteurs en présence dans le contexte camerounais.

Je propose dans le chapitre suivant d'approfondir la question de la « dé-différenciation » des entreprises privées, en analysant la manière dont elles ont collaboré à une déclinaison d'une politique publique : à savoir, la décentralisation « en action », dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du VIH/sida.

Chapitre 6. Entreprises privées, coopération internationale et autorités publiques nationales. A partir de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida en zone rurale (Côte d’Ivoire et Cameroun)

Les entreprises privées du secteur agro-industriel implantées en zone rurale représentent actuellement les seules entreprises dont les actions de prise en charge pour le VIH/sida constituent un véritable enjeu en termes de santé publique. En effet, en étant généralement situées dans des zones enclavées et éloignées des structures de santé (publiques ou privées), un ensemble d’individu (employés, familles et communautés environnantes) dépendent des stratégies sanitaires des entreprises privées pour leur accès à la santé.

A la différence des entreprises pionnières urbaines, ces entreprises privées ont attendu qu’une politique nationale de décentralisation de la prise en charge du VIH/sida s’amorce pour développer des activités. Dès lors, leur action a été façonnée par et avec un ensemble d’acteurs issus de la coopération internationale, et en collaboration avec les pouvoirs publics.

A la fin des années 1990, au moment de l’arrivée des ARV, Vinh Kim Nguyen avait montré comment l’« intervention biohumanitaire » avait eu le pouvoir de définir les « citoyennetés thérapeutiques » en octroyant selon des méthodes de « triage » l’accès aux ARV des personnes vivant avec le VIH dans le cadre des essais thérapeutiques. Ces méthodes outrepassaient les souverainetés étatiques, au nom de la légitimité à défendre la vie (Nguyen

2010). Aujourd'hui, les modalités d'insertion des entreprises privées implantées en zone rurale dans le processus de décentralisation de la prise en charge du VIH/sida sont un prisme privilégié pour analyser comment ce « pouvoir global » s'est redéployé sur l'ensemble du territoire. Le processus de décentralisation donne en effet lieu à des nouveaux modes d'attribution des « citoyennetés thérapeutiques » qu'il est intéressant d'analyser à l'aune de l'implication des entreprises privées.

Dans ce chapitre, je propose de questionner l'articulation des différents acteurs de la politique de décentralisation : les entreprises privées, les autorités publiques (nationales et locales) et les acteurs de la coopération internationale (bailleurs de fonds, ONG). Comment les initiatives des entreprises privées se sont-elles intégrées dans cette configuration d'acteurs ? Concernant les entreprises urbaines, elles ont joué un rôle d'impulsion fort (« médiateur de surcroît ») au moment de l'arrivée des ARV, tandis que l'intervention de la coopération internationale a eu tendance à les « dé-différencier » des autres acteurs. Quel a été le rôle des entreprises privées implantées en zone rurale dans ce contexte de décentralisation façonné dès l'origine par des « partenaires du développement » ? Ont-elles représenté des moteurs, des partenaires ou des « contre-modèles » de la décentralisation ? Comment les autorités publiques nationales et internationales ont perçu leur apport ?

Enfin, que nous révèle l'articulation de ces dynamiques privées, publiques nationales et internationales sur la manière dont est aujourd'hui défini l'accès à la santé des populations ?

Ce chapitre privilégiera une approche comparative avec le Cameroun. En effet, celle-ci permettra de mettre en perspective le poids tenu par les différents acteurs en présence (entreprises privées, autorités nationales et bailleurs) dans les choix stratégiques des entreprises privées.

Ce chapitre se décline en quatre temps. 1) J'analyserai l'articulation des différents acteurs dans le processus de décentralisation en Côte d'Ivoire ; 2) je confronterai mes analyses avec le processus de décentralisation au Cameroun ; 3) je questionnerai dans quelle mesure les entreprises privées se présentent comme des « contre-modèles » de la décentralisation en zone rurale ; 4) je mettrai en lumière quelques enseignements sur ce que nous révèle l'insertion des entreprises privées dans la décentralisation sur le fonctionnement global d'une action publique façonnée par les bailleurs internationaux.

Je m'appuierai particulièrement sur les analyses issues des missions de terrain que j'ai effectuées au sein des entreprises implantées en zone rurale²⁶⁸, ainsi que des entretiens effectués auprès des acteurs de la coopération internationale (ONG, organisations internationales) et nationale.

1. L'insertion des entreprises agro-industrielles dans le processus de décentralisation en Côte d'Ivoire : des partenaires « efficaces » ou de second plan ?

Si à partir de 2001, la Côte d'Ivoire commence à étendre l'accès aux ARV dans les structures publiques de santé, c'est à partir de 2004 qu'un plan de décentralisation sur l'ensemble du territoire est lancé. Avec l'intensification des financements extérieurs, et surtout du Pefpar, des avancées massives s'observent rapidement. Le budget alloué au VIH/sida triple en trois ans, passant de 21,5 milliards à 59 milliards de FCFA (entre 2007 et 2009), permettant une extension rapide du nombre de sites de prise en charge/ARV, passant de 215 en 2007 à 406 en 2010, et du nombre de personnes sous ARV, passant de 38.000 à 75.000 pour la même période (CNLS Côte d'Ivoire 2011b). Cette décentralisation s'appuie sur les districts sanitaires, qui ont été adoptés en même temps que le « paquet minimum d'activités »²⁶⁹ en 1994. Le principe de la décentralisation administrative avait été réaffirmé en 2000, avec l'avènement de la II^{ème} République de Côte d'Ivoire, établie par Laurent Gbagbo. En 2008, ce

²⁶⁸ En Côte d'Ivoire, dans les entreprises 4, 6 et 7 ; et au Cameroun, avec le partenariat public privé (PPP) qui a été mis en place entre les entreprises du secteur forestier (GFBC), la coopération allemande (GIZ), l'association Partenaires contre le VIH/sida (PCS) et l'IRD (Institut de recherche et développement), complété par des entretiens avec les acteurs de l'entreprise A.

²⁶⁹ Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé pour la mise en œuvre des soins de santé primaire. Il dessert une population définie, vivant dans une zone administrative et géographique précise. Le district sanitaire est composé d'un réseau de centres de santé et d'un hôpital de référence, ainsi que d'une direction départementale avec une équipe cadre de district. Le « paquet minimum d'activités » est le produit médical standard commun à tous les centres de santé d'un pays, c'est à dire un ensemble d'activités qui, une fois constitué dans un centre de santé, permet l'absorption d'interventions nouvelles sans que l'on ne modifie fondamentalement l'organisation du Centre de Santé.

pays compte 83 districts et 19 régions et en 2004, une réforme du cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/sida créé différents organes décentralisés²⁷⁰. Cependant, c'est bien le district sanitaire qui constitue l'unité de base de coordination et d'opérationnalisation des activités sanitaires et de passage à l'échelle de l'accès aux ARV.

1.1. Une décentralisation façonnée par le « système Pefpar » (*President's Emergency Plan For AIDS Relief*)

Les ONG internationales au cœur du dispositif de décentralisation du Pefpar

La Côte d'Ivoire se caractérise par l'organisation de la décentralisation suivant les modalités de la coopération bilatérale américaine, visant des objectifs de rapidité et d'efficacité. Celle-ci représentait 74% de l'aide extérieure, soit 64% du budget total alloué au VIH/sida en 2008. Le budget du *President's Emergency Plan For AIDS Relief* (Pefpar) en Côte d'Ivoire est d'environ 130 millions \$ par an. Le « système Pefpar » s'appuie sur la médiation d'ONG partenaires (essentiellement américaines), chargées de former et d'apporter un soutien technique et matériel aux centres de santé (public et privé), ainsi qu'aux organisations à base communautaire (OBC) ou confessionnelles (OBF). En 2009, 80% des fonds internationaux étaient alloués à des ONG internationales²⁷¹ et bureaux pays des organismes multilatéraux²⁷², 8% à d'autres organisations privées nationales²⁷³, contre 12% alloués directement au secteur public (CNLS Côte d'Ivoire 2010).

Dans le domaine de l'accès aux ARV, le Pefpar charge initialement trois ONG de soutenir les sites de prise en charge sur l'ensemble du territoire, à savoir EGPAF (*Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation*) (123 sites), Aconda – Vs (88 sites), et ICAP (*International Center for AIDS Care and Treatment Programs*) (47 sites) (cf. Carte 2). Il y intègre depuis

²⁷⁰ Il s'agit de comités décentralisés aux niveaux régionaux (Comités régionaux de lutte contre le VIH/sida (CRLS), dans 13 régions sur 19), départementaux (Comités départementaux de lutte contre le VIH/sida (CDLS), dans 34 départements sur 50), communaux (Comités communaux de lutte contre le VIH/sida (CCLS), 52 communes sur 135) et villageois (Comités villageois de lutte contre le VIH/sida (CVLS), non renseignés).

²⁷¹ A savoir : ICAP (International Center for AIDS Care and Treatment Programs), EGPAF (Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation), CARE, SCMS (Supply Chain Management System), AVCI (Action Vie Côte d'Ivoire), HOPE, Save The Children, HAI (Heartland Alliance International), Geneva Global, Population Services International (PSI), etc.

²⁷² A savoir : le Programme alimentaire mondial (PAM), l'Onusida, etc..

²⁷³ Les ONG Aconda – VS et Alliance CI.

1.2. Les entreprises privées : des relais efficaces pour la décentralisation

Les entreprises rurales ont la spécificité d'avoir développé des actions sociales auprès de leurs employés et des communautés environnantes, en se substituant à un Etat absent de ces zones isolées. Tandis que la coopération américaine a lancé un programme massif en direction de l'ensemble du territoire ivoirien, comment les entreprises y ont-elles pris part ? Comment les entreprises privées, les ONG privées et les entreprises privées ont-elles coordonné leurs actions ?

Dans le cadre de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida, la coopération américaine avec les entreprises privées a donné lieu à deux types de collaboration très distinctes : un partenariat lancé sous la forme d'un projet avec l'Agence nationale du développement rural (Anader), qui s'est autonomisé des activités directes de l'entreprise développant des activités auprès des populations en zone rurale ; et des partenariats de soutien technique aux activités de prise en charge de certaines entreprises implantées en zone rurale. J'analyserai ici ce deuxième cas, dans la mesure où il permet de questionner la manière dont les entreprises privées ont collaboré avec les acteurs de la coopération internationale, dans le cadre de leurs actions courantes. Le projet spécifique de l'Anader sera abordé par la suite.

Lorsque ce vaste programme de décentralisation est lancé, une dizaine d'entreprises privées en bénéficient directement. Elles initient, avec le soutien technique d'ONG, des programmes de prise en charge médicale du VIH/sida auprès de leurs employés²⁷⁸. Le primat du principe d'efficacité guide la stratégie du Pefpar, laissant aux ONG la liberté de choisir les structures à soutenir. Dans ce contexte, la notoriété de certains centres médicaux d'entreprises agricoles les érige en acteurs privilégiés auprès des ONG chargées de mettre en place une décentralisation accélérée. Le volontarisme de certaines entreprises contraste avec les obstacles rencontrés auprès des acteurs du secteur public. Un agent d'EGPAF, chargé des programmes de formation témoignait :

« Parce qu'à l'époque, on bataillait entre la volonté des prestataires de soins de recevoir des *incentives*, donc de l'argent additionnel, parce que c'était quelque chose de nouveau et d'un autre

²⁷⁸ Deux ONG ont apporté des soutiens techniques et matériels à une dizaine d'entreprises privées rurales : EGPAF (SOGB, SCB, SAPH, SUCAF, Sempa) et Aconda – VS (SAPH, PALM – CI, PHCI, SIPEF – CI, Société des Mines d'or d'Ity).

côté, des personnes qui étaient plutôt volontaires, et qui avaient cette volonté là de servir les populations. Donc on a balancé, et le choix a été fait pour (*nom de l'entreprise*) ! » (agent EGPAF)

En effet, avant que ces partenariats ne se mettent en place, certains médecins d'entreprises désireux de trouver une solution au problème du VIH/sida avaient saisi les opportunités liées à la décentralisation en interpellant les autorités nationales centrales (Ministère, PNPEC) ou en se rapprochant des districts sanitaires, afin d'être intégrés aux sessions de formation à la prise en charge du VIH/sida. C'est ainsi qu'à partir de 2006, trois entreprises privées sont devenues des structures pionnières de l'accès aux ARV dans leur région, avec le soutien de l'ONG EGPAF. L'exemple de l'entreprise 4 témoigne de cette filiation entre la tradition de santé publique exercée par une entreprise, son rayonnement régional et le choix d'en faire une structure pionnière (cf. Encadré 25).

Encadré 25 Étude de cas : entreprise n°4. Un relais d'appui "naturel" de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida

L'entreprise n°4 est une ancienne entreprise publique, privatisée en 1995 par un groupe multinational. Cette entreprise de plantation constitue une véritable cité autonome (marchés, écoles, structures de santé, maquis, etc.). Elle abrite 20.000 employés et familles au sein des 18 villages de son site, et couvre les communautés de villages extérieurs (environ 30.000 personnes). Elle représente un pôle économique de la sous-région. En se situant sur l'axe routier entre Abidjan et le Libéria, elle se trouve relativement accessible aux populations extérieures. Avant l'arrivée du VIH/sida, elle collaborait avec le district sanitaire de sa région, et ouvrait ses infrastructures sanitaires aux populations environnantes.

A l'époque, au-delà de San Pedro, la 3^{ème} plus grande ville du pays située à 60km du site à l'est, il n'existait pas de structure de prise en charge du VIH/sida. L'entreprise 4 est ainsi choisie par l'ONG EGPAF pour couvrir les populations de l'extrême sud ouest (régions du Grand Béréby, de Tabou, Néka). Elle bénéficie d'un apport matériel important (compteur CD4, biochimie, hématologie et plus tard des microscopes dans le cadre des analyses de la tuberculose), des formations pour le personnel médical (médecin, infirmiers, sages-femmes, aides soignants, travailleurs sociaux, techniciens de laboratoire et matrones) ainsi que d'un soutien dans la gestion de la logistique et de l'approvisionnement en ARV et intrants, *via* le district sanitaires de San Pedro. En échange, l'entreprise s'engage à mener des activités auprès des communautés environnantes, à leur offrir des consultations VIH/sida gratuites (contre 2000 FCFA pour une consultation habituelle) et à devenir un laboratoire de référence pour les autres structures de santé de la région (notamment dans le cadre de la tuberculose, dont son médecin d'entreprise est spécialiste).

1.3. La fragmentation des « citoyennetés thérapeutiques »

L'articulation entre les pouvoirs publics, les organisations de la coopération internationale et les entreprises privées est alors complexe. En théorie, la décentralisation s'effectue sous la supervision du Programme national de prise en charge (PNPEC), en collaboration avec les districts sanitaires. Dans la pratique, la priorité accordée à l'efficacité tend à relativiser, voire

à contourner l'autorité étatique. Bien que ces partenariats entre ONG et entreprises privées soient réalisés dans le cadre formel de la politique nationale de décentralisation, en collaboration avec les autorités publiques, ceux-ci tendent à s'autonomiser, au détriment du contrôle étatique. Dès lors, dans un tel système, selon quels critères et quels principes la population d'un territoire donné aura-t-elle accès (ou non) à une prise en charge médicale pour son infection à VIH ? Comment le droit à un accès universel à la santé et aux traitements ARV se définit-il dans un système fragmenté par des logiques diverses (coopération internationale, autorité publique, entreprises privées) ? Comment les entreprises privées permettent-elles de remettre à jour l'analyse des « citoyennetés thérapeutiques », tel que Vinh Kim Nguyen les avait définies dans le contexte de l'arrivée des ARV à la fin des années 1990 ?

Le cas de l'entreprise n°6 témoigne de la rupture qu'a pu susciter l'intervention de la coopération internationale sur l'organisation locale des services de santé d'une entreprise de plantation qui avait développé une collaboration avec le district sanitaire (cf. Encadré 26).

Encadré 26 Étude de cas : entreprise n°6. L'impact de l'intervention humanitaire sur l'organisation d'un système de santé local

L'entreprise 6 est la filiale ivoirienne d'une multinationale française, rachetée en 1997. En Côte d'Ivoire, elle emploie 6000 personnes, qui sont réparties sur quatre sites : trois en zone rurale et un à Abidjan. En 2005, face à la gravité du VIH/sida, le médecin de sa plus petite unité de production (700 personnes), située dans le district d'Akoupé, se rapproche du district sanitaire voisin, à Abengourou, et permet à l'ensemble de son personnel médical de bénéficier d'une formation à la prise en charge du VIH/sida organisée par l'ONG EGPAF, en 2006. L'ONG fournit également un petit laboratoire (centrifugeuse, réfrigérateur), sans pour autant l'équiper d'un compteur CD4, qui le rendrait autonome. L'entreprise s'approvisionne en ARV au sein du district d'Abengourou.

L'entreprise n°6 est ainsi la première structure de prise en charge du VIH/sida de sa région : l'hôpital général d'Akoupé n'est habilité qu'en 2008, tandis que le centre de santé urbain (CSU) d'Aniassué, situé à 10 km de l'entreprise, en 2009.

Bien que relativement enclavé, son centre médical a une tradition d'ouverture aux populations environnantes pour lesquelles toutes les consultations sont gratuites, qui représentent environ 20% de l'activité du centre. Celui-ci participe aux activités du district sanitaire (campagnes de vaccination, distribution de moustiquaires, etc.). Ce centre d'entreprise a la particularité d'être tenu par un médecin pédiatre, le seul de toute la région, attirant des parents (notamment des classes aisées) venant d'Abengourou et au-delà.

En 2008, l'entreprise n°6 décide, en s'appuyant sur cette initiative isolée, de généraliser ce type de programmes à l'ensemble de ses sites, situés sur diverses régions : à Abidjan (Yopougon), Tiassalé et Niéky. Elle contracte ainsi un partenariat avec l'ONG EGPAF, indépendamment des programmes nationaux de décentralisation et se donne pour objectif une harmonisation des différents sites. Le programme VIH/sida s'inscrit dans une stratégie globale de valorisation de son image à travers des activités sociales et « citoyennes ».

Ce nouveau partenariat conduit son site pionnier à se soumettre aux injonctions issues de la politique globale de l'entreprise, indépendamment des politiques et des collaborations entreprises à travers son district.

Dès lors, différentes logiques publiques (district sanitaire, Pefar), privées lucratives (groupe, RSE,

certification) et non lucratives (ONG) se superposent. D'une part, cette situation complexifie le travail au quotidien. L'élaboration des rapports d'activités de santé et du VIH/sida illustre, dans la pratique, cet enchevêtrement des logiques. Le pôle médical est désormais tenu de transmettre des rapports à la fois au district, à EGPAF, ainsi qu'au groupe. D'autre part, la coordination et l'harmonisation des politiques ne se fait plus tant en fonction du contexte local, qu'en fonction des priorités élaborées par des acteurs privés (ONG, entreprise privée), échappant à des cadres stratégiques nationaux de santé publique. Par exemple, alors que le médecin du site pionnier émettait le souhait de se voir attribuer un compteur CD4 pour développer son autonomie, dans la lignée de sa tradition de centre de santé de référence de la région, ce projet s'est vu ralenti par la politique d'harmonisation des différents sites de l'entreprise, ce site n'étant pas jugé prioritaire.

Cependant, rares sont les entreprises rurales ayant bénéficié d'un appui conséquent d'une ONG extérieure. Selon le répertoire national des sites du PNPEC, seulement 11 sites d'entreprises privées implantées en zone rurale distribuaient des ARV²⁷⁹ en 2010, sur lesquels 2 disposent d'un appareil compteur CD4²⁸⁰, dont l'acquisition est fondamentale pour assurer la prise en charge au sein de structures souvent isolées. Alors que nous avons observé que dans le cadre des vastes projets financés par la Banque mondiale et le Fonds mondial, les entreprises privées avaient tendance à être « requalifiées » en tant qu'« acteur communautaire », un processus analogue s'observe dans le cas de la décentralisation de la prise en charge, malgré la tradition de santé publique de ce type d'entreprises.

En effet les entreprises privées sont identifiées par la coopération américaine comme des « structures communautaires » et non comme des « structures de santé ». Or, le système d'organisation du Pefpar distingue les ONG partenaires habilitées à intervenir dans le domaine « communautaire », de celles habilitées à intervenir dans le secteur « santé ». Dès lors, une seule ONG (EGPAF) dispose des prérogatives et des ressources conséquentes pour relier ces deux secteurs. Les entreprises privées, en étant « à cheval » entre des « structures de santé » et des « centres communautaires » n'ont pu bénéficier du soutien des autres ONG (du secteur santé) chargées de mettre en œuvre la décentralisation. En complément, en jouissant d'une autonomie financière, les entreprises privées n'ont pas été identifiées comme des centres de santé prioritaires, relevant un paradoxe récurrent des entreprises privées, à la fois convoitées et reléguées à l'arrière plan, en raison de leurs ressources financières.

De fait, s'établit une inégalité entre les entreprises implantées dans la zone de l'unique ONG habilitée à les soutenir (EGPAF) et toutes les autres. L'entreprise 5 témoigne de la manière

²⁷⁹ SAPH (sites de Bongo, Toupah et Rapide Grah), SOGB, SCB (sites de Banacomé, Niéky), SUCAF (site SUCAF1), PALMCI (site de Iboké), PHCI (Cosrou), SIPEF-CI (site de Bolo) et Sucrivoire (Zuenoula).

²⁸⁰ SOGB et site de Bongo de la SAPH. Cf. Tableau 12 Sites d'entreprises privées présents dans le répertoire national du PNPEC (2009), p.34.

dont cette absence d'harmonisation entre ONG partenaires créé des inégalités d'accès à la santé entre les entreprises, selon leur situation géographique (cf. Encadré 27).

Encadré 27 Étude de cas : entreprise n°5. Les blocages d'un système de coopération fragmenté

L'entreprise 5 est une entreprise étendue sur trois sites ruraux, qui embauche à temps plein 2500 employés, auxquels s'ajoutent 500 à 1000 employés saisonniers. elle est située dans la zone d'une ONG du secteur santé, l'ONG nationale Aconda – Vs.

Jusqu'en 2010, cette entreprise emploie un médecin vacataire, qui y effectue ses visites médicales 2h par semaine. Dans le cadre du programme national, ce médecin a bénéficié d'une formation à la prise en charge du VIH/sida et avait amorcé une activité de dépistage et de prise en charge médicale du VIH/sida au sein de l'entreprise, en collaboration avec l'hôpital général (situé à 56km) pour les bilans initiaux, avec le soutien d'Aconda-Vs.

Or, en 2010, ce médecin vacataire est remplacé par un médecin à temps plein, non formé à la prescription des ARV, chargé de la coordination des trois sites. Alors que les conventions entre Aconda-Vs et les entreprises sont signées annuellement, le départ de ce médecin a entraîné le non renouvellement de la convention. Le nouveau médecin, que j'ai rencontré, a ainsi réinitialisé les démarches auprès de cette ONG, en vain. Aconda-Vs ne peut répondre favorablement à cette requête, dans la mesure où elle n'a pas les prérogatives adéquates. Le médecin a dès lors entrepris des démarches pour obtenir une dérogation auprès de l'ONG EGPAF, pour que cette dernière ait l'autorisation d'intervenir hors de sa zone d'influence.

Dans l'attente d'une réponse et avec le soutien de sa Direction, le médecin a finalement contacté l'équipe du cabinet GroForMed, un cabinet privé rattaché au Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT) et bénéficié de formations.

Au moment de l'enquête²⁸¹, seulement une vingtaine de patients infectés par le VIH/sida étaient connus du médecin et adressés aux hôpitaux régionaux ou d'Abidjan. Selon ce dernier, cette poignée reflète probablement le nombre de personnes effectivement suivies dans l'entreprise, dans la mesure où il est très difficile pour un employé de passer à travers les mailles du filet du médecin pour se faire suivre de manière autonome à l'extérieur.

La décentralisation de la prise en charge a constitué une opportunité (rapprochement de l'offre de santé, formations, intrants, etc.) dans un système limitant l'accès à ces opportunités, générant certaines paralysies d'entreprises privées basées en zone rurale. De nombreuses entreprises rurales et enclavées demeurent aujourd'hui sans programme de prise en charge du VIH/sida. Dès lors, les populations (employés, familles, riverains) qui dépendent étroitement de leurs centres de santé sont privées, *de facto*, d'un accès aux soins.

Ce système de décentralisation fragmenté a généré des inégalités entre les entreprises privées, selon que leur zone d'implantation se situe dans une zone d'influence des ONG adéquates. Ce phénomène témoigne de la manière dont les entreprises privées de l'*agro-business* sont dépendantes de la coopération internationale. D'une part, cela montre le caractère peu

²⁸¹ Mars 2013.

« bioéconomique » des programmes VIH/sida impulsés par les entreprises de l'*agro-business*. Celles-ci ont en effet mis à profit la décentralisation pour initier des programmes d'accès aux ARV et non l'inverse. Ce ne sont pas les entreprises de zones rurales qui ont impulsé le processus de décentralisation. Les entreprises ne se positionnent pas tant comme des « contre-modèles » qui proposeraient des réponses alternatives à la décentralisation, mais avant tout comme des partenaires efficaces.

L'intégration des entreprises privées dans cette action publique transnationale constitue à la fois une opportunité et un frein aux volontés endogènes privées, bloquées par les modalités de mise en œuvre de l'aide internationale.

1.4. Le retour du Fonds mondial et de la Banque mondiale : une fragmentation toujours plus accrue...

A partir de 2009, la Banque mondiale réinitialise son Programme d'urgence multisectoriel de lutte contre le VIH/sida (PUMLS), qu'elle avait suspendu en 2003 pour cause d'arriérés de paiement. Celui-ci se concentre sur les activités de prévention et de prise en charge de quatre régions (Montagnes, Savanes, Lagunes, Sud Comoé), pour un montant de 20 millions \$ pour quatre ans. De plus, le Fonds mondial effectue un retour en puissance, avec la signature du *Round 9* en 2010, pour des budgets alloués de 39 millions \$ pour la phase 1 (2011 – 2013) et de 94 millions \$ prévus pour la phase 2 (2013 – 2015). Cette subvention se donne pour objectif de couvrir 100 sites de santé, au sein de 29 districts sanitaires (dont 20 avaient été gérés par le Round 2). Alors que le système bilatéral du Pefar avait dominé les premiers temps des politiques d'accès aux ARV, le retour de ces initiatives de santé mondiale conduit à rééquilibrer les ressources internationales de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

Afin de coordonner cette polyarchie, le PNPEC a élaboré, sur l'initiative des bailleurs, une cartographie délimitant leurs zones d'influence sur l'ensemble du territoire, facilitant par là-même l'identification de leurs indicateurs. Ce système cartographique est extrêmement complexe. Différentes cartes coexistent définissant la manière dont les trois principaux bailleurs (Pefar, Banque mondiale et Fonds mondial)²⁸² se répartissent la gestion des différentes activités relatives au VIH/sida. La Carte 3 représente la répartition de la prise en

²⁸² En plus, l'Unicef, qui intervient sur la santé de la mère et de l'enfant, se greffe à ces trois grands bailleurs, au sein de 23 districts pour les programmes concernant les orphelins et enfants vulnérables (OEV) ainsi que pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME). De manière plus détaillée, de nombreux districts sont en réalité partagés entre ces 4 partenaires internationaux.

d'entreprises privées se situant sur sa zone d'influence, se différenciant de l'approche du Pefpar centrée sur la prise en charge du VIH/sida.

Cependant, le système de décentralisation a été initialement amorcé et façonné par le modèle de la coopération américaine. Ainsi, malgré l'arrivée de nouveaux bailleurs, tendant à déployer un système « polyarchique », il se distingue, dans la pratique, la persistance du système « monarchique » américain. A cet égard, les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du *Round 9* du Fonds mondial ont souligné la domination institutionnelle de l'aide américaine dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida ivoirienne. Tandis que la mise en œuvre de cette subvention a rencontré un ensemble de crises²⁸³, c'est le Pefpar qui a finalement orchestré le processus de négociation, tout en gardant le contrôle des orientations stratégiques nationales²⁸⁴. La forte dépendance d'un ensemble d'acteurs publics et de la société civile à la coopération américaine freine les possibilités de contestation ainsi que l'appropriation réelle du mécanisme multilatéral du Fonds mondial.

Si la décentralisation impulsée par le Pefpar a constitué une opportunité pour le développement de la prise en charge des entreprises de zone rurale, les modalités d'organisation de la coopération américaine ont façonné un système contraignant. D'une part, la définition des entreprises comme des « structures communautaires » non prioritaires a limité l'accès aux ARV d'un ensemble d'employés et de communautés dont leur santé dépend entièrement des entreprises privées. Si de rares entreprises privées ont été identifiées comme des « partenaires efficaces », elles ont par la suite davantage été des acteurs non prioritaires. D'autre part, l'extrême fragmentation du territoire réparti en zones d'influence entre les bailleurs de fonds et ONG associées a tendu à paralyser des dynamiques locales et notamment celles des entreprises privées. Si l'efficacité de ce processus est indéniable à une échelle

²⁸³ En 2010, la Côte d'Ivoire obtient la subvention du Round 9 du Fonds mondial. Or, très vite, différentes difficultés ralentissent sa mise en œuvre : crise post-électorale, capacités administratives du pays jugées non suffisantes par Genève, turn over important des bénéficiaires principaux, des Ministres de la lutte contre le VIH/sida, des président du CCM (*Country Coordinating Mechanism*) et des portfolios managers de Côte d'Ivoire (4 en 2ans). Au final, les fonds ne sont débloqués qu'en 2012. Des plateformes de coopération ad hoc sont instituées, afin de gérer ces « gap » suscités par cette période de latence. En outre, c'est tout un ensemble d'ONG et d'associations qui se retrouvent au chômage technique.

²⁸⁴ Au vu des performances médiocres mesurées lors de l'évaluation de la phase 1 du R9 qui a eu lieu dès décembre 2012, il a été établi, sur proposition du Pefpar, que 70% des subventions de la phase 2 seraient réorientées vers le financement des ARV et des intrants médicaux, permettant ainsi de couvrir 50% des besoins en ARV nationaux. Ainsi, les activités programmatiques qui avaient été élaborés de manière collégiale au sein du CCM sont évincées afin de financer les traitements ARV. Et c'est le Pefpar qui reprend le contrôle de ces activités, gardant ainsi la maîtrise dans le choix des options stratégiques, la nature des programmes prioritaires et le choix des ONG (ou entreprises) à soutenir. Les activités du Fonds mondial se trouvent limitées au soutien de la seule région sanitaire du Sud Comoé (Aboisso).

nationale, celle-ci se trouve relativisée à l'échelle des entreprises. De plus, la collaboration limitée avec les autorités nationales a contribué à affaiblir les dynamiques endogènes qui l'avaient précédé, avec l'instauration de partenariats entre des ONG et des entreprises privées greffés sur l'organisation du système national.

Tandis que l'organisation de la décentralisation en Côte d'Ivoire a été largement déterminée par l'influence de la coopération bilatérale américaine, comment se sont définies les conditions l'accès à la santé dans d'autres contextes étatiques ? Cette contingence et cette complexité définissant l'accès à la santé sont-elles spécifiques à la Côte d'Ivoire ?

2. Le poids du contexte national. A partir d'une comparaison entre des filiales ivoirienne et camerounaise d'une multinationale de l'agro-business

La comparaison de différentes filiales de firmes multinationales présentes au Cameroun et en Côte d'Ivoire me permettra ici de mettre en exergue la manière dont le contexte national (autorités étatiques et coopération internationale) façonne les programmes des entreprises, ainsi que leurs rôles dans l'action publique. Tandis que les entreprises privées exercent un fort pouvoir dans leur choix d'initier des programmes et sur leurs orientations stratégiques, dans quelle mesure sont-elles dépendantes et contraintes par l'action publique nationale dans laquelle elles évoluent ? Avant cela, je propose un bref aperçu du contexte de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun.

2.1. La décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun

La décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun : polyarchie et contrôle étatique

A partir de 2001, le Cameroun initie son programme de décentralisation de la prise en charge du VIH/sida. A partir de cette date, 24 hôpitaux de Yaoundé, de Douala et des chefs lieux des dix provinces (futures « régions ») deviennent des centres de traitement agréés (CTA). A partir de 2005, des unités de prise en charge (UPEC) sont créées au sein des hôpitaux de districts. En 2008, la prise en charge des ARV est disponible dans 106 des 174 districts sanitaires du Cameroun, avec des structures composées à 71% de structures publiques, 11% privées (cliniques et entreprises privées), 16% privé confessionnel non lucratif et 2% des institutions de « sécurité ». Cette politique se situe dans le prolongement d'une politique de décentralisation du système de santé amorcée dans les années 1980 et recommandée par les bailleurs de fonds (Banque mondiale, OMS) avec un transfert des compétences du niveau central aux niveaux intermédiaires. Le Cameroun adopte notamment le système du district sanitaire comme « unité de base » de l'organisation de son système de santé en 1995²⁸⁵, suivant l'injonction de l'OMS et de sa conférence d'Harare de 1987. En 1996, cette politique est réaffirmée par son inscription dans la Constitution du Cameroun (Moatti et al. 2010, 299). L'intervention des partenaires internationaux sur l'étendue du territoire, autorisée par un Etat affaibli, a accéléré la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida (Boyer et al. 2010, 88).

Le Cameroun est dépendant de l'aide internationale à 71% de son budget (CNLS Cameroun 2013b). Ce pays a la caractéristique d'avoir d'abord été financé par des donateurs bilatéraux pour ses deux premiers plans stratégiques (à 90%), avant d'être financé majoritairement par un système multilatéral pour son troisième plan (à 80%) (Nkoa, Eboko et Moatti 2010) et d'être aujourd'hui dans un équilibre entre le multi et le bilatéral. 34% de ses financements proviennent de sources multilatérales (dont le Fonds mondial à 61%), 33% des sources bilatérales (américaine à 53% et allemande à 40%), et 18,5% d'ONG et de fondations internationales (avec la fondation Clinton à 88%) (CNLS Cameroun 2013b).

²⁸⁵ Décret présidentiel n° 95 / 013 du 7 février 1995 portant organisation des services de santé de base en district de santé.

De la même manière que la Côte d'Ivoire, l'organisation du système de financement du Cameroun est fortement fragmenté et polyarchique. En effet, de nombreux pouvoirs indépendants agissent de manière indépendante et sont répartis de manière inégale sur le territoire, générant de forts problèmes de coordination, d'harmonisation et d'alignement de l'offre sur les besoins d'une part et d'équité dans l'accès aux soins d'autre part (Nkoa, Eboko et Moatti 2010, 18). Cependant, des nuances apparaissent liées à leurs trajectoires historiques particulières : tandis que le système ivoirien conserve une certaine dépendance institutionnelle à la mainmise initiale de la coopération américaine, la division des pouvoirs des bailleurs au Cameroun est plus forte.

Les stratégies étatiques tiennent une part importante de l'organisation de la décentralisation de la prise en charge. Malgré ces fortes pressions extérieures, l'Etat dispose d'une certaine marge de manœuvre au niveau de la « redéfinition des méthodes d'action, des processus de formalisation des stratégies, et des techniques et des moyens de mobilisation des ressources » (Eboko et al. 2010, 91). En effet, à la différence de la Côte d'Ivoire, où la décentralisation a été guidée par le principe d'efficacité du Pefpar, de concert avec les autorités ivoiriennes, si ce n'est en les contournant, au Cameroun, l'Etat a gardé un fort contrôle sur la régulation des centres agréments à la prise en charge, c'est-à-dire des centres de traitement agréés (CTA), fondés en 2001 et des unités de prise en charge (UPEC) créées en 2005. Ainsi, alors qu'en Côte d'Ivoire la décentralisation a rapidement abouti à la formation et à l'équipement de 442 structures de santé publiques et privées, incluant jusqu'aux centres de santé urbains et ruraux (CSU et CSR) en bas de la pyramide sanitaire, le Cameroun dénombrait 140 structures habilitées à la prise en charge, fortement hiérarchisées entre les CTA et les UPEC. Tandis qu'en Côte d'Ivoire, dans la pratique, la formation du personnel médical prime sur le niveau d'équipement des structures de santé ; au Cameroun, les critères d'éligibilité pour obtenir l'agrément d'unité de prise en charge sont définis et appliqués de manière plus stricte²⁸⁶. Concrètement, un médecin formé à la prise en charge au Cameroun ne pourra pas prendre en charge des patients si la structure dans laquelle il exerce n'a pas reçu l'agrément du Ministère ; tandis qu'en Côte d'Ivoire, il le pourra, à condition d'être sous la tutelle d'un centre de référence.

²⁸⁶ Selon le décret présidentiel instituant les UPEC, celles-ci doivent compter 2 médecins, 2 infirmiers, 1 technicien de laboratoire, un dispensateur de médicaments et un agent de soutien psychosocial ainsi qu'un plateau technique comportant notamment le compteur CD4.

Le système de décentralisation façonné par la coopération américaine favorise ainsi *de facto* les initiatives de prise en charge en interne des entreprises privées plutôt que le système. La manière dont le programme de la Compagnie Ivoirienne d'Électricité (CIE), (et des entreprises pionnières ivoiriennes) a été autorisé et soutenu par les pouvoirs publics par l'intermédiaire d'une structure de santé publique, contraste avec l'exemple de son homologue camerounais, l'entreprise Alucam. L'exemple de la mise en œuvre du programme d'accès aux ARV de cette entreprise en 2000 souligne ainsi le poids qu'exerce le contrôle étatique.

Alucam : un « médiateur de surcroît » dans l'accès aux ARV

En 1997, lorsque Alucam, une entreprise de production d'aluminium, située en zone urbaine à Edéa (région du Littoral), filiale du groupe Péchiney (désormais Rio Tinto Alcan)²⁸⁷, conçoit un programme d'accès aux ARV, le programme Tricam, l'Etat s'oppose à cette initiative, au nom de l'équité dans l'accès aux soins. Aucune autre initiative sur le territoire camerounais n'a été mise en place à cette époque, ce qui offrirait aux employés d'Alucam un droit à la santé exceptionnel. Les médiations directes effectuées par le projet OPALS (Organisation panafricaine de lutte contre le VIH/sida), ainsi que des plaidoyers de l'équipe du Pr Rozenbaum de l'Hôpital Rothschild²⁸⁸ auprès du gouvernement local, permettent finalement d'initier le programme en 2000. A la différence de la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE), celui-ci est financé, non pas par la création d'un fonds de solidarité, mais par la signature d'un partenariat avec les laboratoires pharmaceutiques *Merck Sharp & Dohme* (MSD) et *GlaxoSmithKline* (GSK). Ceux-ci offrent les traitements de 40 personnes pour deux ans, dans le cadre d'une étude prospective sur la tolérance et l'observance d'une trithérapie antirétrovirale en milieu professionnel. En 2003, 25 personnes étaient sous ARV au sein du centre médical de l'entreprise. Par la suite, s'opère un certain apaisement des relations entre l'Etat et l'entreprise : Alucam signe une convention en 2002 avec le Conseil national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) dans le cadre des fonds MAP (*Multy-Country AIDS Program*), et devient, en 2004, l'un des 24 centre de traitement agréé (CTA) du Cameroun.

Le programme Tricam exerce une pression sur l'Etat camerounais, le poussant à définir les politiques et réglementations nationales (traitement par ARV, PSN, etc.) (Girrbach et

²⁸⁷ Alucam est détenue à 48% par le gouvernement camerounais, 48% par Rio-Tinto-Alcan et 5% par l'AFD.

²⁸⁸ Qui est partenaire de l'équipe du Dr Montagut du centre médical de l'entreprise.

Andrianarisata 2003, 8), et à prendre des mesures d'accès aux ARV pour l'ensemble de la population camerounaise. Dans le cas du Cameroun, l'entreprise Alucam a joué le rôle de « modèle » et de locomotive pour la société camerounaise, au nom de la « valorisation et de la préservation du capital humain de l'entreprise » affichée par l'entreprise²⁸⁹. Quel est l'impact de cette initiative privée en termes d'accès aux soins des populations de la région ?

En étant pendant longtemps l'unique centre de référence de la prise en charge au VIH/sida de la ville d'Edéa, cette initiative produit, au niveau local, une différenciation entre des citoyens de deux catégories : les employés et les résidents de la ville d'Edéa. Les consultations, gratuites pour les employés, sont payantes pour les populations extérieures (avec un coût réduit), tandis que l'éloignement géographique du centre de la ville, crée des conditions d'accès différenciés. Cependant, le centre ouvre largement ses portes : 90% de l'activité du CTA²⁹⁰ concerne les populations extérieures (sur les 810 patients sous ARV en 2010, 754 étaient des habitants de la commune hors entreprise et 66 de l'entreprise), le CTA représentant 30% de l'activité du centre médical de l'entreprise. Le poids des patients extérieurs à l'entreprise étant de plus en plus lourd pour l'entreprise, celle-ci se perçoit comme « victime de son succès » : la volonté est à la déconcentration de la prise en charge du VIH/sida à d'autres structures de santé²⁹¹.

A sa suite, certains centres médicaux des entreprises privées ont participé au processus de décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun : certaines entreprises agricoles sont devenues des unités de prise en charge (UPEC) : telles que les entreprises CDC (*Cameroon Development Corporation*), Hevecam et PHP (Plantation du Haut Penja).

Ainsi, la controverse qui a opposée l'entreprise Alucam avec l'Etat camerounais à la fin des années 1990 témoigne d'une volonté des autorités camerounaises de maintenir un contrôle sur le processus de décentralisation, ainsi que sur la régulation des structures privées. Cette position contraste avec l'Etat ivoirien qui a perçu les entreprises privées dès le départ comme des leviers d'appui à la décentralisation, dont ce positionnement a ensuite été prolongé et accentué par l'intervention de la coopération bilatérale américaine. En comparaison avec la Côte d'Ivoire, les entreprises privées ont moins été impliquées dans la prise en charge en

²⁸⁹ Thème principal de la politique générale en matière de santé du groupe Pechinay, telle que définie en 1995.

²⁹⁰ Le CTA représente 30% de l'activité du CMES d'Alucam.

²⁹¹ Cf Présentation « Actions et activités VIH du CMES au profit des communautés: évolution, état actuel et perspectives », 31 mars 2011, Dr Cheval et al..

interne de leurs employés, étant soumises à une formalisation plus forte de la part de l'Etat. Celles-ci doivent en effet remplir les conditions d'éligibilités exigeantes et s'engager dans de lourdes procédures pour obtenir l'agrément et devenir une UPEC, limitant ainsi dès le départ, le nombre d'entreprises candidates. La plupart des entreprises (urbaines et rurales) externalisent donc la prise en charge vers des structures de santé externes, publiques ou privées et jouent un rôle de relais (dépistage, approvisionnement en ARV), mais de manière plus limitée.

Ainsi, au Cameroun, si la capacité régulatrice de l'Etat a été érodée par la présence polyarchique de divers bailleurs de fonds, elle a redéployé un autre type de pouvoir (Eboko et al. 2010, 91), à travers son contrôle sur la régulation des sites de prise en charge.

Au chapitre précédent, il a été souligné que les entreprises privées jouissent d'une autonomie fondamentale dans leur choix d'initier des programmes, n'étant ni suffisamment contraintes, ni suffisamment incitées pour que les instruments politiques influencent véritablement leurs décisions. Les entreprises privées jouissent-elles pour autant d'une liberté absolue ? Dans quelle mesure les contraintes environnementales influencent-elles et façonnent-elles leurs choix ?

Afin de répondre à ces questionnements, je propose d'analyser le poids du contexte national sur les stratégies des entreprises privées à travers une comparaison entre deux filiales d'une entreprise multinationale de plantation, implantée à la fois en Côte d'Ivoire et au Cameroun.

3.1. Programmes VIH/sida de filiales ivoirienne et camerounaise d'une entreprise multinationale : le poids des contextes nationaux

Les entreprises n°4 (Côte d'Ivoire) et A (Cameroun), sont des filiales d'une firme multinationale d'exploitation agricole, composée de 8 entreprises en Afrique subsaharienne, répandues sur 11 sites dans 4 pays, qui comptent 25.000 employés et qui couvrent au total 123.500 personnes (familles et communautés comprises).

En 2008, sa maison-mère instaure un partenariat de prévention et de prise en charge du VIH/sida avec la société allemande d'investissement et de développement, la DEG, qu'elle finance pour moitié. Ce programme a pour objectif d'être implanté dans l'ensemble de ses filiales. Il est constitué de trois volets : le VIH/sida, le paludisme et l'éducation. A propos du

VIH/sida, ce projet ambitionne de réhabiliter les centres médicaux des entreprises, d'améliorer leur équipement, les fournir en médicaments et en intrants, former le personnel médical et des pairs éducateurs, organiser des campagnes de sensibilisation et intensifier des partenariats avec les ONG locales et les programmes nationaux. Lors de ma rencontre avec le Directeur général de la filiale camerounaise (entreprise A), qui quittait un poste de Direction d'une autre filiale ivoirienne, celui-ci a fermement insisté sur la similitude des deux programmes. Or, dans la pratique, les expériences ivoiriennes et camerounaises ont manifesté de très fortes divergences.

L'Encadré 28 présente les caractéristiques des programmes sida des filiales ivoiriennes et camerounaises de l'entreprise 4. Le cas de l'entreprise ivoirienne a déjà été abordé lors de la section 1 de ce chapitre (cf. Encadré 25, p.259). J'en exposerai donc un bref rappel avant d'approfondir celui de la filiale camerounaise.

Encadré 28 Etude de cas : entreprise 4. Les programmes VIH/sida contrastés de filiales ivoirienne et camerounaise d'une même entreprise multinationale

La filiale ivoirienne

La filiale ivoirienne est concentrée sur un seul site d'exploitation. Elle regroupe 5000 travailleurs et 30.000 membres de communautés. Elle constitue un hôpital et un laboratoire de référence pour la sous région et collabore et s'approvisionne avec le district sanitaire. En 2006, elle a mis en place son programme de prise en charge du VIH/sida, avec le soutien de l'ONG EGPAF, dans le cadre du processus de décentralisation, qui est ouvert aux populations locales. Tout le circuit de prise en charge du VIH/sida est effectué sur le site (du dépistage aux examens de suivi biologique).

Cette filiale ivoirienne constitue le modèle de référence du groupe, dont le programme VIH/sida est montré en exemple au sein des rapports « développement durable ». Le partenariat signé avec la société allemande d'investissement et de développement (DEG) s'appuie sur cette expérience, qui est diffusée comme une « bonne pratique » auprès des filiales.

La filiale camerounaise

La filiale camerounaise²⁹² est dispersée sur sept sites (six unités de production et la Direction générale à Douala), 30.000 personnes sont également dépendantes de l'entreprise, avec une part d'employés directs largement inférieure qu'en Côte d'Ivoire (1.650 salariés) et un recours aux sous-traitants (entre 2.500 et 3.000) et aux planteurs privés (2.300) plus important. A la différence de la filiale ivoirienne, l'entreprise n'a pas développé de capacités hospitalières sur ses sites, ses centres médicaux étant dédiés à la gestion des urgences. Le DG rencontré justifiait ce choix par une absence de volonté de se substituer à l'Etat :

« Ce qu'on soigne en interne, c'est les urgences. Nous avons des médecins qui sont plus des administratifs ou des généralistes plutôt qu'une structure hospitalière totale. Chaque site possède une capacité d'hospitalisation sauf Douala, d'accord ? C'est pas notre vocation d'avoir un hôpital, donc on évacue sur l'hôpital ». (DG filiale camerounaise entreprise 4)

C'est à la suite de l'initiative du Groupe et du partenariat avec la DEG que la filiale camerounaise impulse un programme à partir de 2008-2009. Celui-ci est géré par la coordinatrice des affaires

²⁹² La filiale camerounaise représente l'entreprise A de mon échantillon, tel que présenté au chapitre 2.

sociales, en collaboration avec le médecin conseil de l'entreprise.

Dans ce cadre, l'entreprise a instauré une politique de dépistage systématique de ses employés effectuée au cours de la visite médicale annuelle. L'un de ses médecins rencontré témoignait de l'absence de refus des employés à qui il le proposait, même si, selon son expression, « ça ne leur fait pas plaisir ». La cible du dépistage est centrée sur les employés fixes. Ainsi, sur l'un de ses sites où sont employés 400 travailleurs directs, 1.000 intérimaires, ainsi que des sous-traitants, pour un total estimé de 2.100 travailleurs et 8.000 personnes dépendantes, le dépistage systématique a concerné les 400 travailleurs.

L'entreprise n'a pas développé d'unité de prise en charge (UPEC) en interne sur ses différents sites. Sa répartition géographique et la faible proportion d'employés directs sont moins propices à une telle décision. Par ailleurs, les contraintes nationales liées à la mise en place d'une UPEC ont été jugées trop importantes. Ainsi, différents circuits de prise en charge se sont mis en place dans les sites de l'entreprise, sans suivre de modèle préétabli. La coordinatrice des affaires sociales que j'ai rencontrée, chargée de l'organisation des activités VIH/sida, n'était pas informée de l'organisation de la prise en charge des employés infectés. Sur certains sites, les travailleurs infectés sont référés à l'UPEC la plus proche, située à 15km du site, sans que le médecin ne prenne part au processus et ne soit informé du nombre d'employés qui se font effectivement suivre. Sur d'autres sites, une prise en charge en interne peut être effectuée, parallèlement aux structures de santé publiques, gérée par le médecin conseil de l'entreprise, disposant de son propre stock d'ARV achetés en dehors de la pharmacie publique, notamment pour parer aux ruptures de stock. Le Directeur général déclarait ainsi : « Si ça passe par la pharmacie nationale, vous allez pas avoir grand chose ! ».

Afin de gérer la mise en œuvre des activités de prévention et de santé, l'entreprise a fait appel à des ONG ou associations religieuses locales, avec pour objectif, selon son DG, de ne pas subir les dysfonctionnements du service public et les détournements de fonds systémiques. Celui-ci ajoutait :

« Bon, je suis un peu désolé de dire ça, mais si on veut que ça marche, il faut nous en occuper nous-même, autrement, on sait pertinemment que ça ne fonctionnera pas ! » ((DG filiale camerounaise entreprise 4))

Certaines ONG ont refusé de collaborer avec cette entreprise, en raison de ses activités de plantation controversées.

L'identification des indicateurs, effectuée en collaboration avec la DEG, est rigoureusement observée et communiquée : nombre de préservatifs distribués, de tests du VIH effectués, de personnes sous traitement et de femmes enceintes en prophylaxie.

Ces deux filiales ont pour point commun d'avoir développé des programmes VIH/sida en ayant contourné partiellement le système national et en ayant fait appel à des ONG, dans une filiation privée-privée portée sur la valorisation de l'efficacité. Cependant, ces deux entreprises présentent des situations contrastées : la filiale ivoirienne a développé une structure hospitalière d'entreprise autonome et a intégré son activité de prise en charge du VIH dans le système national (collaboration avec le district, partenariat avec des ONG dans le cadre de la décentralisation) tandis que la filiale camerounaise a maintenu une dépendance aux structures médicales extérieures (soins généraux et VIH/sida), tout en développant des activités parallèles (approvisionnement en ARV selon des circuits privés, partenariats autonomes avec des ONG).

Quels sont les facteurs qui expliquent de telles différences en dépit d'une politique commune du Groupe ? Je distinguerai deux variables : la première propre à l'entreprise, et la seconde au contexte national.

En premier lieu, les caractéristiques structurelles des entreprises privées apportent des éléments de réponse. L'organisation géographique de l'entreprise ivoirienne, concentrée sur un seul site conjuguée à son enclavement, favorise le développement d'activités sanitaires par opposition à la filiale camerounaise répartie sur quatre sites. Le recours à une main d'œuvre temporaire massive de l'entreprise camerounaise explique également la faiblesse des investissements médicaux. Alors qu'en Côte d'Ivoire, le programme de cette entreprise a été impulsé de manière endogène, intégré au système de santé national dans le processus de décentralisation organisé par le Pefar et des ONG intermédiaires et renforcé ensuite par le partenariat avec la DEG, le programme camerounais a suivi une dynamique exogène, purement privée, guidée par le contournement du système étatique : impulsion du programme par le groupe, définition d'indicateurs en collaboration avec l'institution financière allemande, collaboration avec des acteurs privés non lucratifs et indépendants de l'Etat ou des bailleurs pour la mise en œuvre, approvisionnement parallèle en médicaments, traitement différencié des salariés directs et des autres, etc.

En second lieu, le contexte politique et l'organisation de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida ont constitué des freins au développement du programme camerounais, liés à la complexité des procédures d'agrément pour être reconnu comme une unité de prise en charge (UPEC). Au-delà de la filiale camerounaise de l'entreprise 4, peu d'entreprises camerounaises se sont engagées dans la voie de la prise en charge en interne. Aussi, le Directeur général de la filiale camerounaise insistait, comme d'autres acteurs rencontrés ayant eu une double expérience dans les deux pays, sur l'environnement politique différencié et sur la difficile collaboration avec les acteurs publics du Cameroun. A propos de l'administration camerounaise, il déclarait :

« Mais je dirais que l'administration ...comme vous avez été en Côte d'Ivoire...fonctionne de manière complètement autonome. Si moi aujourd'hui je demande au médecin du représentant de l'Etat qu'il vienne faire une conférence ou qu'il assiste une réunion, la 1^{ère} chose qu'il va me réclamer, c'est de l'argent pour son déplacement....Beaucoup d'argent ! D'accord ? On n'est pas en Côte d'Ivoire ici ! »
(DG filiale camerounaise entreprise 4)

Bien qu'il soit difficile de comparer l'influence de cette variable très complexe, la perception des dysfonctionnements du service public révèle un paradoxe. Au Cameroun, malgré une perception du dysfonctionnement du service public plus forte et des ruptures de stock d'ARV plus importantes, ces limites n'ont pas pour autant incité l'entreprise à développer une activité médicale autonome. L'entreprise camerounaise présente une position ambivalente vis-à-vis de l'Etat. En effet, elle développe des activités parallèles du système étatique justifiées par des questions d'efficacité, tout en se référant au système public de santé pour des domaines

qu'elle n'estime pas être de son champ de compétence, sans pour autant développer d'activité sanitaire autonome, afin de ne pas se substituer à l'Etat. Ainsi se dégage le paradoxe des entreprises privées, engagées dans des démarches « éthiques » et de « responsabilité sociale » au sein de pays où l'Etat est affaibli : leurs actions ponctuelles et volontaires sont mises en valeur par rapport à des services publics jugés non fonctionnels, tout en se défendant de pallier ces défaillances. Dès lors, au lieu d'un système appelant à une responsabilisation collective des acteurs, se développe un système de déresponsabilisation généralisée.

Enfin, la comparaison de ces deux entreprises souligne l'autonomie relative des entreprises privées qui, malgré leur liberté fondamentale de s'investir ou non dans le VIH/sida, sont partiellement déterminées dans leurs choix stratégiques tant par leurs caractéristiques structurelles que par leur environnement politique. Dans un contexte où le VIH/sida n'est pas identifié comme une menace majeure pour la productivité et la rentabilité des entreprises, celles-ci manifestent davantage de contraintes face à leur environnement. En Côte d'Ivoire, le système de décentralisation au sein duquel elles ne sont pas identifiées comme un acteur prioritaire freine leurs actions, tandis qu'au Cameroun, les contraintes étatiques pour développer une prise en charge en interne limitent leurs initiatives.

L'intervention de la coopération internationale dans la lutte contre le VIH/sida a ainsi accru l'accès aux soins et aux traitements des populations, tout en développant des formes de « citoyennetés thérapeutiques » contingentes et conditionnées par un ensemble de facteurs (positionnement géographique, stratégies des bailleurs, contrôle étatique, stratégie des entreprises privées, etc.).

Comment cette intervention a-t-elle modifié le rôle des entreprises privées ? Si dans le cas ivoirien, les entreprises se sont davantage présentées comme des partenaires efficaces de la décentralisation, que des « contre-modèles » alternatifs : que nous enseigne la confrontation avec le cas du Cameroun ?

3. Les entreprises privées au Cameroun : des médiateurs de surcroît aux « agences de contre-modèles » ?

Au Cameroun, la décentralisation a été amorcée en 2001 avec la création des centres de traitement agréés, avant d'être intensifiée à partir de 2005 avec la création des unités de prise en charge (UPEC). J'appellerai cette première phase la « décentralisation 1^{ère} génération », qui concerne les structures accrédités par l'Etat au sein des dix régions camerounaises. Si celle-ci a conduit à des avancées majeures²⁹³, elle fait face à de nombreux défis quant à ce que je nommerai la « décentralisation 2^{ème} génération » au sein des zones rurales et enclavées, c'est-à-dire, au-delà des structures de santé pour l'instant agréées par l'Etat.

3.1. Les défis de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun

La décentralisation de l'accès aux ARV au Cameroun a fait l'objet d'une vaste évaluation menée dans le cadre d'un programme de recherche opérationnelle et multidisciplinaire de l'ANRS, questionnant les conditions politiques, économiques et structurelles qui permettent une prise en charge effective et de qualité des personnes vivant avec le VIH (Eboko, Abé et Laurent 2010). Cette évaluation exhaustive analyse la décentralisation « 1^{ère} génération ». Elle constituera mon point de départ afin d'analyser le rôle des entreprises privées (et particulièrement forestières) dans la décentralisation « 2^{ème} génération ».

Avancées et défis de la décentralisation

En premier point, la décentralisation présente des défis majeurs au niveau de l'offre de santé : équipements, personnels soignant, approvisionnement en médicaments et intrants, effectivité de la gratuité. La prise en charge au sein des UPEC est généralement moins avancée qu'au sein des CTA. Alors que tous les CTA disposent de numérateurs CD4 (nécessaires à la mise sous traitement selon le protocole en vigueur), seulement quelques UPEC en sont équipées.

²⁹³ Pour rappel, en 2008, la prise en charge des ARV est disponible dans 106 des 174 districts sanitaires du Cameroun.

Des procédures simplifiées, basées sur l'examen clinique des patients ont été instaurées afin de raccourcir les délais entre le résultat d'un test de dépistage positif et la mise sous traitement au sein des UPEC. De la même manière, la compétence du personnel médical des UPEC est moins développée que celle des CTA, nécessitant le référencement des patients compliqués, qui développent des résistances, à des centres de « tutelle ». Enfin, l'approvisionnement en ARV (voire des 2nde lignes (D'Almeida et al. 2010)) et en médicaments essentiels fait face à un ensemble de contraintes (Camara et al. 2010), la gratuité des examens biologiques, pour le suivi des malades, voire des ARV n'étant par ailleurs pas effective (Camara et al. 2010).

Cependant, la politique de décentralisation a permis une augmentation rapide de la couverture des personnes en besoin de traitement, passant de 15% en 2004 à 50% en 2011 (CNLS Cameroun 2012). De plus, l'évaluation de l'expérience camerounaise de la décentralisation a conclu à des résultats positifs au niveau de la qualité même des soins effectués dans les structures de santé décentralisées :

« En dépit de ressources humaines et techniques plus limitées, d'une déléation des tâches plus systématisée des médecins vers les infirmiers et de protocoles de prise en charge simplifiés, les services de districts (unités de prise en charge) ont fait la preuve d'une aussi bonne, voire d'une meilleure qualité des soins que les services centraux » (Boyer et al. 2010, 45).

Cependant, des défis importants concernant la gestion des ressources humaines demeurent : le Cameroun souffre particulièrement d'un déficit en ressources humaines de santé, avec un médecin pour 5673 habitants (la norme OMS fixe un médecin pour 10.000 habitants)²⁹⁴. De plus, la faiblesse des salaires et la difficulté de leurs conditions de travail affectent leur motivation, développant ainsi des logiques de survie qui portent atteinte, en bout de ligne, à la qualité de l'offre de soins et aux usagers.

Les blocages de l'accès aux soins se situent également au niveau des conditions économiques, sociales et culturelles des individus. Le manque d'accès à l'information, au dépistage ainsi qu'aux structures de soins et de prise en charge des individus est un premier frein. L'évaluation a montré que le rapprochement de l'offre de santé a permis un dépistage et une prise en charge plus précoce, ainsi que l'accès aux traitements des populations plus pauvres et/ou vivant en milieu rural (Boyer et al. 2010, 45). De plus, les coûts liés à l'ensemble de la prise en charge, malgré la gratuité officielle des ARV (bilans complémentaires, infections opportunistes, consultations, transports, jours chômés, etc.) continuent de peser sur une

²⁹⁴ <http://www.who.int/workforcealliance/Cameroun.pdf>.

proportion importante des populations. En dépit de la gratuité des ARV, les dépenses de santé restent « catastrophiques » (supérieures à 20% des revenus du ménage) pour 20% des individus inclus dans l'échantillon de l'évaluation (Boyer et al. 2010).

Les défis des zones rurales et isolées

L'*Evaluation* conduite par l'ANRS s'est concentrée sur les avancées permises par la décentralisation de la prise en charge dans les CTA et les UPEC dans les régions et districts sanitaires. Face aux lacunes persistantes de cette « décentralisation 1^{ère} génération », le GIP Esther (Groupement d'intérêt public) s'est engagé dans l'accompagnement de l'amélioration des capacités humaines et techniques de ces structures de prise en charge. Plusieurs projets et financements se sont succédés depuis 2005, bénéficiant notamment du financement du « C2D Cameroun » (contrat désendettement et développement franco-camerounais) en 2008, et en se concentrant spécifiquement à partir de 2011 sur l'appui aux CTA.

Cependant, une question se pose aujourd'hui avec acuité : alors que certaines populations rurales souffrent toujours d'un éloignement des structures agrémentées, comment faciliter leur accès à la santé et les amener à intégrer les circuits de soins ? En effet, l'*Evaluation* a montré que les populations en milieu rural sont toujours désavantagées par leur éloignement, les patients initiant généralement un traitement à un stade avancé (les $\frac{3}{4}$ au stade 3 et le $\frac{1}{4}$ au stade 4 de l'OMS selon l'*Evaluation*) (Kouanfack et al. 2010). Les unités de prise en charge reculées souffrent d'un déficit de personnel et d'équipements, lié notamment au déséquilibre de la répartition géographique et institutionnelle des médecins et des ressources ainsi qu'à la difficulté des conditions de travail dans ces zones. Alors que l'*Evaluation* a montré que les populations pauvres et rurales avaient gagné en proximité, il s'agit d'une première étape. En effet, aujourd'hui se pose la question suivante : comment favoriser la prise en charge du VIH/sida au sein des structures situées en bas de la pyramide sanitaire ou des UPEC dysfonctionnelles implantées en zones rurales enclavées au Cameroun ?

3.2. Le secteur forestier : des « contre-modèles » de la « décentralisation 2^{ème} génération » en zone rurale ?

J'analyserai ici dans quelle mesure le partenariat public privé (PPP) qui a été mis en place entre les entreprises du secteur forestier (GFBC)²⁹⁵, la coopération allemande (GIZ), l'association Partenaires contre le VIH/sida (PCS) et l'IRD (Institut de recherche et développement) en 2007 – 2013 pourrait présenter un modèle alternatif (ou « contre-modèle ») de la « décentralisation 2^{ème} génération » en zone rurale camerounaise. Je précise dès maintenant que la partie « publique » du partenariat ne représente pas tant les autorités publiques nationales que la coopération internationale.

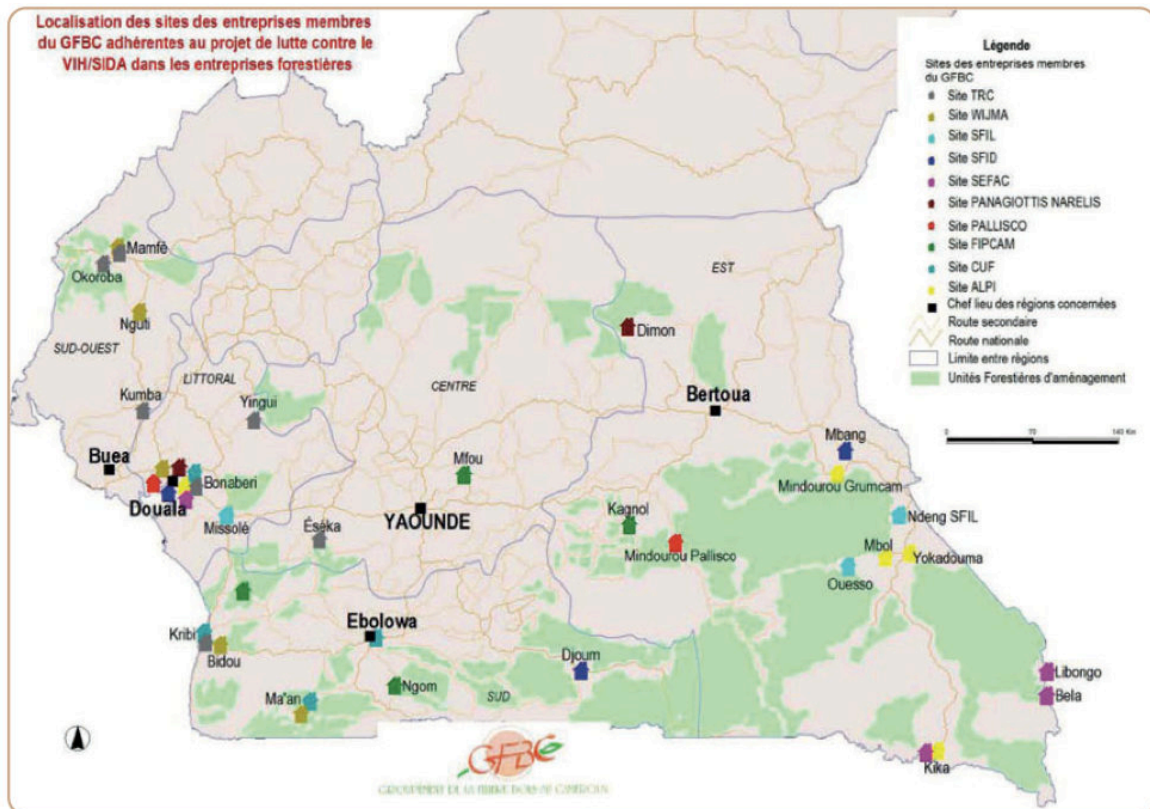
Un « contre-modèle » de la « décentralisation 2^{ème} génération »

En 2007, ce projet se fixe pour objectif d'accompagner dix entreprises forestières (désormais 9²⁹⁶) membre de l'organisation patronale des forestiers, le GFBC (Groupement de la filière bois du Cameroun), dans la mise en œuvre de la prévention et de la prise en charge du VIH/sida. Ces entreprises s'étendent sur 37 sites (désormais 29), sur l'ensemble du Cameroun, dont certains sites sont particulièrement enclavés (cf. Carte 4).

²⁹⁵ Le partenariat a d'abord eu lieu entre la GIZ/PCS/GFBC (2007-2012), puis entre GIZ/IRD/GFBC (2012-2013).

²⁹⁶ Suite à la faillite de l'entreprise TRC.

Carte 4 Localisation des sites des entreprises membres du GFBC adhérentes au projet de lutte contre le VIH/sida dans les entreprises forestières (2011)



Source : (GFBC, GIZ et PCS 2011)

Une équipe indépendante (médecin, coordinateur, assistante) est chargée de la coordination et de la supervision. En termes de nombre de « bénéficiaires », ce projet n'est pas très important : il touche environ 6.500 employés (et un peu moins de 40.000 familles et individus reliés à l'entreprise – sous-traitants, riverains), soit l'équivalent du nombre d'employés de certaines grandes entreprises agricoles qui concentrent cette proportion à elles seules sur un ou deux de leurs sites. Cependant, étant donné le nombre limité d'employés par site (entre 53 et 734, hors Douala²⁹⁷), la transformation des centres médicaux des entreprises en unités de prise en charge (UPEC) ne s'avère pas être une réponse adéquate au contexte. Ainsi, les solutions se tournent davantage vers une collaboration accrue avec des structures de santé extérieures du secteur public.

²⁹⁷ Avec Douala, où une offre de prise en charge du VIH/sida est disponible, entre 13 et 996 employés par site.

Deux types de stratégies sont adoptés : d'un côté, participer à la redynamisation des structures de santé publiques dysfonctionnelles ; et de l'autre, créer des mécanismes afin de favoriser la prise en charge du VIH/sida au sein des infirmeries d'entreprises.

Le projet a mis en exergue les défis de la prise en charge du VIH en zone rurale et enclavée et des carences des structures de santé publique. L'équipe du projet a fait face aux pénuries, aux vacances ou aux rotations fréquentes du personnel de santé des UPEC, ainsi qu'aux manques d'approvisionnement en réactifs, consommables, médicaments et compteurs CD4. Notamment, ce problème a été exacerbé dans la région de l'Est, qui constitue une région particulièrement vaste du Cameroun, et l'une des plus touchées par le VIH/sida (6,3% EDS 2011), avec de nombreux sites forestiers implantés (11). Le CTA de référence, situé à Bertoua, se situe ainsi à plus de douze heures de route de certains UPEC et sites forestiers. En raison de leurs contraintes géographiques, cette région se trouve dès lors négligée par les politiques nationales, se manifestant tant par les défaillances de certaines UPEC que par l'absence d'intégration de ces sites au cours des évaluations nationales²⁹⁸.

Si la première stratégie a consisté à contourner ces limites, en développant des circuits vers d'autres structures de santé plus éloignées, le projet a pu également presser les autorités nationales à réhabiliter certaines UPEC défaillantes : plaidoiries auprès des Directions régionales de santé (DRS), formation du personnel soignant, supervision des activités telles que pour les UPEC de Moloundou, Mbang, Batouri et Yakodouma. L'exemple de l'entreprise SFID (Société forestière et industrielle de la Doumé) à M'Bang illustre la manière dont les activités du PPP ont participé à l'amélioration de la « décentralisation 2^{ème} génération » au Cameroun (cf. Encadré 29).

Encadré 29 La SFID et l'UPEC d'Abong - Mbang : un exemple d'impulsion pour la "décentralisation 2^{ème} génération".

Le site de l'entreprise compte 734 employés. Suite aux campagnes de dépistage organisées par le projet, une file active importante se constitue. Or, malgré l'existence formelle d'une UPEC, à l'hôpital de district d'Abong-Mbang, celle-ci ne fonctionne pas. Les employés de l'entreprise sont ainsi suivis à Bertoua, une ville située à 4h de route, tout en étant supervisés par le médecin du projet. Avec l'accord de la Direction régionale de la santé de l'Est, le projet inscrit le médecin de l'entreprise, qui exerçait également au sein de l'hôpital, au Diplôme universitaire de Ouagadougou, qui forme à la prise en charge du VIH/sida. L'UPEC est ainsi devenue opérationnelle.

²⁹⁸ Exemple de l'évaluation à mi-parcours du programme stratégique national du VIH/sida 2011 – 2015 qui a évalué la région de l'Est uniquement à partir du CTA de Bertoua.

Afin d'assurer la prise en charge des travailleurs, le projet a ainsi développé un rôle de veille, de pression et de supervision continue sur les structures de santé publiques isolées. Dans la mesure où ce projet est appelé à disparaître avec le temps, des démarches au niveau national ont été entreprises afin d'établir une convention entre le Ministère de la santé et le GFBC et de faciliter une collaboration *réciproque* avec les structures de santé locales.

En effet, les entreprises privées suscitent parfois la méfiance ou le rejet des structures de santé publiques. Elles se trouvent parfois exclues des services publics offerts par l'Etat, se voyant opposées des pratiques de prix différenciés ou des refus stricts de collaboration. A titre illustratif, dans une entreprise forestière, alors qu'un employé avait subi un accident au travail, le responsable de l'hôpital de district a refusé d'envoyer une de ses ambulances, selon l'argument qu'elle était destinée à servir *ses* malades. Même des négociations financières entreprises par le chef du site n'avaient pu convaincre ce responsable de revenir sur sa décision, témoignant de réticences parfois profondes (et au-delà de l'intérêt direct) à collaborer avec le secteur privé. Les démarches entreprises au niveau national ont donc pour objectif de statuer d'une égalité d'accès des employés des entreprises privées aux services publics.

Une deuxième stratégie a été proposée, développant un véritable « contre-modèle ». Afin de minimiser le déplacement des travailleurs infectés dans le cadre de leur suivi, le projet a plaidé auprès des Directions régionales de Santé (DRS) pour permettre la distribution des ARV *in situ*. Ainsi, il a proposé que les infirmeries des sites deviennent des « infirmeries affiliées ». Un accord a été trouvé dans certaines régions, sous condition que les médecins (et non les infirmiers) d'entreprises participent aux comités thérapeutiques des UPEC ou des CTA de tutelle. Ce « modèle » d'affiliation pourrait dès lors être utilisé au sein des centres de santé intégrés publics, situés en zone rurale, ne disposant pas de médecins. Il a en effet été observé que l'absence de médecin au sein de ces centres bloquait non seulement les activités de prise en charge, mais également de prévention et de dépistage. Tandis que le Cameroun s'est engagé sur la voie de la délégation des tâches auprès des infirmiers (bien que celle-ci n'ait pas encore été mise en vigueur), cette stratégie vient la compléter. Elle propose un modèle de déconcentration et de flexibilisation des structures habilitées à prendre en charge le VIH/sida en interne. Ce « modèle » impulsé par le secteur privé pourrait dès lors se publiciser afin d'étendre le processus de « décentralisation 2^{ème} génération ». Cependant, si ce système a été facilité par les fortes capacités logistiques des entreprises privées, permettant

l'acheminement des prélèvements ou des médicaments vers les centres de références, celui-ci devrait être adapté aux ressources limitées de ces structures de santé publiques.

En se positionnant comme des pionniers de la « décentralisation 2^{ème} génération », le projet GFBC/GIZ se situe dans le prolongement de l'initiative pionnière d'accès aux ARV de l'entreprise Alucam. Si cette dernière pouvait être définie comme un « médiateur de surcroît », comment définir le rôle des entreprises du GFBC dans le cadre de la « décentralisation 2^{ème} génération » ? Nous avons vu que, de la même manière que le projet Tricam, le projet du GFBC a cherché à palier les défaillances ou les lenteurs des autorités nationales dans la prise en charge du VIH/sida, qu'il a suscité une flexibilisation du système de santé formel et enfin, qu'il s'est heurté aux tensions relatives des relations publiques/privées. Cependant, de nombreuses conditions et modalités séparent ces deux initiatives pilotes. Le programme Tricam d'Alucam avait été conçu et géré en interne (initié par des médecins de l'entreprise, ayant gagné le soutien de la Direction) et son objectif était de s'affranchir des déficiences étatiques en matière de prise en charge du VIH/sida. A l'inverse, l'idée du projet GFBC/GIZ a émergé au niveau de certains cadres d'une des entreprises du GFBC (en dehors de médecins et de la Direction) et s'est concrétisée dans le cadre d'un projet limité dans le temps, avec une gestion externalisée et financée par la coopération allemande. De plus son objectif n'est pas tant de s'affranchir que de chercher à pallier les déficiences du secteur public, en collaboration avec lui. Les enjeux liés à la pérennisation du projet et au faible engagement des entreprises privées sur la question du VIH/sida elles-mêmes relativisent leur possibilité de s'identifier comme des « médiateurs de surcroît » de la « décentralisation 2^{ème} génération » et nuancent le rôle de « contre-modèle » des entreprises privées.

Pérennité, appropriation et limites du modèle

Le projet a impliqué plusieurs partenaires techniques et financiers internationaux : la coopération allemande, l'association Partenaire contre le VIH/sida (PCS, soutenue par l'Agence française de développement - AFD) et l'Institut de recherche et développement (IRD)²⁹⁹. Or, si différents découpages budgétaires se sont succédés, les partenaires extérieurs

²⁹⁹ Le projet a été un partenariat public privé (PPP) entre le GFBC, la GIZ et PCS (2007 – 2012), avant que PCS ne se retire au profit de l'appui technique de l'IRD (2012 – 2013).

ont toujours financé l'expertise locale (court et long terme), ainsi qu'un appui matériel (dépistage et prévention), tandis que les entreprises privées ont essentiellement contribué en terme de « valorisation de leurs prestations » (locaux, mise à disposition du personnel, hébergement, transports, téléphone, salles de formation, etc.) sans participer de manière directe au financement. Or, malgré l'apparente contribution égalitaire entre l'entreprise et son partenaire allemand, suivant le principe du 50/50, cette absence de contribution financière directe hypothèque les perspectives de pérennisation.

Tandis que la fin du projet est initialement prévue pour 2012, une politique d'appropriation du projet par les entreprises est lancée en 2010, afin de les accompagner progressivement vers une autonomisation. Certaines avancées ont été effectives. Les entreprises ont notamment accepté de financer les bilans biologiques (CD4) de leurs employés infectés. Mais c'est toute une chaîne d'acteurs que l'équipe de coordination se doit de convaincre afin de réaliser leurs activités : responsables de sites, cadres, médecins, avec un degré d'adhésion très variable d'un site à l'autre. L'absence d'engagement financier initial a d'emblée externalisé ce projet et c'est à rebours que l'équipe tente d'inverser la vapeur. Ainsi, les entreprises ne se présentent pas tant comme les moteurs d'un « contre-modèle », que des partenaires réticents d'un projet qu'il s'agit de convaincre.

La certification a été au départ un élément déclencheur dans la décision du groupement forestier pour adhérer au projet. Cette exigence commerciale peut-elle être suffisante pour maintenir le programme VIH/sida ? Afin d'obtenir des labels (FSC, OLB³⁰⁰) qui facilitent l'exportation de leur production sur les marchés du Nord, les entreprises forestières sont tenues de répondre à un ensemble d'exigences, dont fait partie la santé : responsabilité environnementale des entreprises (diminution des impacts négatifs, gestion des déchets, protection des cours d'eau, protection de la faune), responsabilité sociétale auprès des populations riveraines (désenclavement des villages, accès à l'eau potable, éducation, santé), responsabilité sociale auprès de leurs employés (accès au logement, à l'eau potable, aux soins, à la nourriture, respect des conditions d'hygiène, de santé et de sécurité au travail) et qualité des méthodes de gestion et d'exploitation. Cependant, le VIH/sida tient un rôle marginal dans ce processus et ne représente pas tant une condition nécessaire qu'un facilitateur. En matière de santé, les entreprises sont uniquement tenues de se conformer aux réglementations nationales en vigueur et non de mettre en place des programmes VIH/sida.

³⁰⁰ *Forest Stewardship Council* (FSC) et *Origine et Légalité des Bois* (OLB).

De manière collatérale à leurs missions centrées sur le VIH/sida, l'équipe de coordination du projet a exercé un rôle d'amélioration des conditions techniques et matérielles des infirmeries (formation du personnel de santé, activités de lutte contre le paludisme, la tuberculose et les maladies hydriques), de supervision et de systématisation du *reporting*, attestant de leur rigueur auprès des auditeurs externes. Par ailleurs, le projet a intégré les populations riveraines dans ses activités (formation des leaders communautaires, « dépistage avancé » au sein des villages), rentrant pleinement dans les activités sociétales nécessaires à la certification. Cependant, le rôle que tiennent la santé et le programme VIH/sida dans ce processus n'est pas suffisant pour convaincre les entreprises de s'investir durablement sur des fonds propres. Tandis qu'au moment de l'enquête (septembre 2013), le financement de la GIZ arrivait à échéance (décembre 2013), l'avenir du projet était incertain³⁰¹.

Depuis l'initiative d'Alucam à la fin des années 1990, l'aide internationale a transformé le rôle des entreprises. Bien qu'elles aient été des vecteurs du « contre-modèle » de la « décentralisation 2^{ème} génération », les entreprises du secteur forestier n'en ont pas été le moteur. L'impact du VIH/sida sur la productivité de la main d'œuvre, peu qualifiée, n'a pas été tel qu'il ait déclenché une volonté de pallier efficacement ce problème de santé. Les incitations privées générées par la certification, conjuguées à l'appui d'acteurs issus de la coopération internationale ont, de fait, encouragé les entreprises à adhérer à un projet qui nécessitait peu d'investissement de leur part. Les motivations bioéconomiques étaient ainsi secondaires, mettant à mal la pérennité de leur engagement. Si de nombreuses avancées ont été mises en place, notamment en matière de dépistage et du suivi des personnes vivant avec le VIH, ce modèle fondé sur une base éphémère semble difficilement pouvoir constituer un « contre-modèle » durable.

En Côte d'Ivoire, le projet qui a uni l'Agence nationale du développement rural (Anader), une entreprise parapublique, avec la coopération américaine (Pepfar), pour développer la prévention et la prise en charge du VIH/sida en milieu rural, fait face aux mêmes incertitudes. Afin de souligner la fragilité (en termes de pérennisation) de certains « contre-modèles » de la

³⁰¹ Trois alternatives se sont posées comme suite possible du PPP : 1) la mort subite (ou progressive) 2) la collaboration avec un autre partenaire (UE, GSK, AFD/C2D, Ministère des forêts, syndicats ATIBT) ou 3) le maintien d'un suivi externalisé et allégé, auto-financé par les entreprises. L'autonomisation totale du projet, dont le financement serait uniquement assuré par les entreprises n'a pas été envisagée, non seulement en raison des réticences du GFBC à assurer entièrement le financement, mais également pour des questions d'efficacité et de confiance qui seraient remise en cause par l'internalisation totale du dépistage et de la prise en charge médicale.

décentralisation en zone rurale proposés par les entreprises privées, je présenterai ici brièvement quelques caractéristiques de ce partenariat (cf. Encadré 30).

Encadré 30 Étude de cas. Anader/Pepfar : un contre-modèle à l'avenir incertain

En 2004, le Pepfar lance un appel à projet pour développer les activités de prévention, de soins et de soutien en milieu rural. L'Agence nationale du développement rural (Anader), une entreprise d'économie mixte, créée en 1993 et détenue à 35% par l'Etat, qui mène alors des activités de prévention et de prise en charge en interne, décide de postuler.

Elle fait valoir sa forte implantation dans le monde rural et s'associe avec différents partenaires techniques³⁰² pour être finalement retenue. Depuis 2005, ce projet se développe et s'autonomise : une équipe du projet (12 agents Anader et 3 recrutés sur le projet) coordonne des activités au sein de 25 districts sanitaires, couvrant une cible de 1.500.000 de personnes. Malgré certaines réticences de départ d'acteurs sanitaires locaux à voir cette entreprise déployer dans leur champ, la légitimité d'Anader est aujourd'hui assise dans la lutte contre le VIH/sida. Si elle est perçue par les acteurs locaux comme un bailleur de fonds, elle se pose également comme une « agence de contre-modèle », notamment en matière de dépistage. Elle a notamment prouvé que le dépistage mobile, et notamment en porte à porte, effectué par des agents communautaires était possible et bien accepté par les populations locales (80% d'acceptation en porte-à-porte), bien que considéré comme peu coût-efficace par le Pepfar, en raison du peu de personnes détectées positives.

De la même manière que le partenariat entre le GFBC et la GIZ, le retrait progressif du Pepfar fait planer une interrogation majeure sur la pérennité de ce projet, la Direction d'Anader ne souhaitant pas prendre le relais.

Enfin, je propose désormais d'analyser ce que cette articulation entre les entreprises privées, des acteurs de la coopération internationale et les autorités nationales nous enseigne sur les modalités de coordination de cette action publique transnationale. Pour cela, je me centrerai sur le cas ivoirien.

4. Une coordination des entreprises « par les instruments »

Les entreprises agro-industrielles qui ont établis des partenariats avec des ONG partenaires du Pepfar constituent les rares entreprises privées implantées en Côte d'Ivoire pour lesquelles les acteurs publics nationaux et internationaux ont une relative visibilité. Le Tableau 12 regroupe les sites d'entreprises privées présents dans le répertoire national élaboré par le PNPEC (PNPEC 2009a). Mis à part les entreprises du Trésor Public et de la CNPS implantées à

³⁰² Tels que les ONG PSI (*Population Services International*) et Aconda – VS, le Réseau des professionnels, des médias et des arts engagés dans la lutte contre le VIH/sida (REPMASCI) et le laboratoire MSD (*Merck Sharp and Dohme*).

Abidjan, la plupart de ces entreprises sont basées à l'intérieur de la Côte d'Ivoire ; pour l'essentiel en zone rurale. Ce tableau n'est pas une présentation exhaustive des entreprises rurales ayant initié des actions d'accès aux ARV, dans la mesure où certaines entreprises ont initié des programmes en dehors de ce système.

L'organisation de la décentralisation suivant ce mode de partenariats a permis une intégration, certes limitée, mais réelle, de certaines entreprises dans le système de suivi et d'évaluation national. Cette situation contraste avec les entreprises implantées à Abidjan qui, de par leur autonomie financière, échappent à tout système de régulation. Nous voyons donc dans ce tableau que toutes les entreprises urbaines de la 1^{ère} génération sont absentes, malgré leurs activités de prise en charge en interne.

Tableau 12 Sites d'entreprises privées présents dans le répertoire national du PNPEC (2009)³⁰³

Entreprise	District	Localité	Etablissement	Type d'intervention						Partenaire Technique	Année ARV
				ARV	PEP	PTME	CVV	DES	CD4		
SAPH	DABOU	Dabou	SAPH de temps	1	1	1	1	1		ACONDA	2007
	ALEPE	ALEPE	SAPH Dongo Alopo	1		1	1	1	1	BEPAF	2006
	San Pedro	San Pedro	CMS SAPH								
	San Pedro	Grand Bereby	CMS SAPH (quartier Grab)	1	1	1	1	1		BEPAF	2005
SOGB	San Pero	Grand Bereby	CM SOGB	1	1	1	1	1	1	BEPAF	2005
SCB	Yopougon Ouest	Songon	CM de N'Nily SCS								
	Akoupe	Akoupe	Centre Médical Social Bananomoé	1	1	1	1	1		BEPAF	2006
SUCAF	Ferké	Ferké	Centre Médico social SUCAF 1	1	1	1	1	1		BEPAF	Après 2009
	Katiola	Katiola	CMS SCAF 2			1	1			BEPAF	
	Katiola	Tafire	CSUS-MU de SUCAF								
PALMCI	Jacqueville	Jacqueville	Centre Médico-social PALMCI BOBO								
	Divo	Divo	Centre Médico Social PALMCI de BOBO-Divo								
	Tabou	Tabou	Centre Médico Social Palmci BLOUBA			1					
	Tabou	Grabo	Centre Médico Social Palmci de GRABO								
	Tabou	Djouroutou	Centre Médico Social Palmci de NEKA			1	1			BEPAF	
	Tabou	Olodio	Centre Médico Social Palmci de Iboin	1							
PALMAFRIQUE	Cocody Bingerville	Bingerville	Centre Médico-social (Sté Palm'Afrique) ELOKATE								
	Yopougon Ouest	Songon	CM Palmariques Angoulême								
	Yopougon Ouest	Songon	CM PRIVE Palmariques de SONSON KASSABILE								
PHCI	Dabou	Dabou	PHCI de Conzon	1	1		1	1		ACONDA	2007
Sipef - CI	Sassandra	Sassandra	Centre médico social de Iboin épaté	1	1	1	1	1		ACONDA/NEITHER	2006
	Soubré	Okrouyo	Centre de Santé Médico social de SIFPCI								
Mine d'Ity	Danané	Danané	MINE D'ITY								
Sucrovoire	Zuenoula	Zuenoula	Dispensaire médico sociale de Sucrovoire	1	1	1	1	1		ICAP	2008
Sempa	San Pedro	San Pedro	CMS SEMPA	1			1			BEPAF	2005
Complexe Sucrier	Zuenoula	Zuenoula	Centre Médico Social COMPLEXE-SUCRIER					1		ICAP	
Solibra	Bouaflé	Bouaflé	CMS Solibra de BOUAFLE								
Trésor	Plateau	Adjamé-Plateau	CMS PRIVE Paul Bohann Boudié du Trésor de PLATEAU								
CNPS	Daloa	Daloa	Centre-Médico-Social (CMS)					1		ICAP	
	Yopougon - Est	Yopougon	Centre-Médico-Social (CMS)							BEPAF	
	Treichville	Treichville	Dispensaire CMS (Habitat Cresson)								
	Bouake Nord Ouest	Bouake	Centre-Médico-Social (CMS)								
TOTAL				11	8	11	12	11	2		

³⁰³ Source : compilation de données issues de la cartographie des sites du PNPEC(PNPEC 2009a) et du répertoire national des sites du PNPEC(PNPEC 2009b)

En théorie³⁰⁴, les entreprises privées sont tenues de transmettre leurs informations aux CTAIL³⁰⁵ (Cellule technique d'appui aux initiatives locales), des cellules décentralisées, chargées de collecter les données issues du secteur « non santé » et de les transmettre à la Direction de la planification et du suivi et évaluation (DPSE) du Ministère de la Lutte contre le VIH/sida. Parallèlement, les entreprises doivent envoyer leurs informations médicales aux districts sanitaires, qui sont chargés de transmettre toutes les informations des structures de santé à la Direction de l'information, de la planification et de l'évaluation (DIPE). La DPSE et la DIPE compilent ensuite leurs données pour élaborer des rapports nationaux concernant le VIH/sida. Cependant, que ce soit pour les données médicales ou non médicales, les entreprises privées échappent totalement au système de suivi et évaluation national.

Du côté des informations non médicales, les CTAIL manquent d'opérationnalité : la DPSE s'est davantage basée sur la coalition des entreprises contre le VIH/sida (CECI), qui ne compte qu'une trentaine de membres. Du côté des informations médicales, seulement trois entreprises privées avaient transmis leur rapport annuel de santé aux autorités nationales en 2011, en dépit de leur obligation légale, alors que 1740 entreprises de plus de 30 employés sont recensées à la Caisse Nationale de prévoyance Santé (CNPS). Cette absence de transmission de l'information s'explique à la fois par le manque de connaissance et de formation des médecins sur les procédures (organismes récepteurs, indicateurs, informatisation, etc.), l'obsolescence d'indicateurs datant de 1967, le manque de temps (pour des médecins souvent vacataires), et l'absence de perception d'utilité de cette tâche. Par exemple, à propos de la transmission des statistiques de leurs activités aux services de l'Etat, un Directeur des ressources humaines (DRH) d'une entreprise enquêtée s'exclamait :

« Une fois on a été approchés par les services du Ministère de la Lutte contre le VIH/sida, pour transmettre nos statistiques en matière de sensibilisation, du nombre d'employés, etc. Ca n'a rien changé, il n'y a pas eu de suivi, comme toujours ! (...) Ca nous *apporte* quoi ? Rien du tout ! » (DRH entreprise 25)

Cette soustraction des entreprises privées au système de régulation sanitaire est révélatrice d'un système fondé sur une légitimité exclusivement instrumentale. Ce phénomène ne se limite pas aux entreprises privées : il concerne également les 400 structures de santé privées légales établies en Côte d'Ivoire, voire les 1250 structures du secteur privé illégal (Auffret et Bonny 2008). Selon le responsable de l'association des cliniques privées de Côte d'Ivoire

³⁰⁴ Il s'agit du système en vigueur avant la réorganisation ministérielle ayant suivie la fusion des Ministères de la santé et celui de la lutte contre le VIH/sida en 2011.

³⁰⁵ Les CTAIL ont depuis fusionné avec les Directions régionales de santé.

(ACPCI), il existe effectivement un parallélisme total entre les statistiques et les modes d'évaluation du secteur privé et du secteur public.

Il est particulièrement marquant, dans le cadre de l'action publique de lutte contre le VIH/sida, que les entreprises privées échappent non seulement au contrôle des autorités publiques nationales, mais également internationales. De par leur autonomie financière, et à la différence des ONG et associations, les entreprises ne sont pas reliées aux bailleurs par des relations de redevabilité (*accountability*). Elles se montrent prudentes quant à la transmission et à l'instrumentalisation de leurs statistiques par d'autres acteurs. En dehors des quelques entreprises rurales mentionnées ci-dessus, qui ont bénéficié de certains appuis techniques et éventuellement matériels, les entreprises privées ne sont pas prises en compte. La coordinatrice du Pefar me relatait ainsi la « boîte noire » que représentaient les entreprises privées pour la coopération américaine.

Dans un système façonné par l'interventionnisme biohumanitaire, la régulation de l'action publique s'effectue, avant tout, à partir de la mise à disposition des financements. Ces derniers que les bailleurs allouent, ainsi que les rapports de redevabilité qui en découlent, structurent l'organisation et la coordination de l'action publique. Les entreprises privées, en agissant essentiellement sur fonds propres, révèlent ce mode de gouvernance dépolitisé à l'extrême et constituent des « points aveugles » des pouvoirs tant nationaux qu'internationaux (Lascoumes et Lorrain 2007).

Conclusion du Chapitre 6

L'analyse de l'insertion des entreprises privées dans les politiques de décentralisation de la prise en charge des ARV a permis de mettre au jour la complexité de l'articulation des dynamiques publiques nationales, internationales et privées. Celles-ci participent à définir les modalités effectives de l'accès à la santé des populations sur l'ensemble des territoires nationaux. Cette investigation a également conduit à relativiser la liberté des entreprises privées qui, bien que fondamentalement autonomes dans leur choix à agir, disposent d'une « autonomie relative », conditionnée par leur environnement. En effet, d'un côté, les caractéristiques propres des entreprises privées (situation géographique, type de salariés, sensibilité des dirigeants, démarche éthiques et certification), influent sur leurs stratégies sanitaires. D'un autre côté, les politiques de décentralisation influencent directement leurs choix stratégiques.

En Côte d'Ivoire, le dispositif de décentralisation instauré par la coopération américaine (Pepfar) a rapproché l'offre de santé et facilité l'engagement de certaines entreprises. La notoriété d'efficacité de certains centres médicaux d'entreprises privées a transformé ces entreprises en partenaires de premier choix aux débuts de la décentralisation, dans une filiation favorisant des collaborations privé-privé (entreprises-ONG). Cependant, mises à part ces exceptions, l'élaboration des critères et des priorités d'action guidant ces politiques a finalement classé les entreprises comme un acteur non prioritaire à financer et à appuyer, en raison de leurs ressources financières propres. Ainsi, la « requalification communautaire » des entreprises privées a également concerné les entreprises privées en zone rurale, malgré leur tradition de santé publique et du « biopouvoir » qu'elles continuent d'exercer sur les employés, familles et populations locales qui en dépendent. Dès lors, les modalités de la décentralisation ont généré un certain immobilisme : si d'un côté les entreprises privées ne font pas partie des acteurs prioritaires à financer; d'un autre côté, la présence d'une coopération internationale massive ne presse pas les entreprises à s'investir financièrement dans la lutte contre le VIH/sida. L'exemple du partenariat public-privé au sein du secteur forestier au Cameroun a montré que, malgré le rôle moteur que ces entreprises isolées ont joué dans la « décentralisation de 2^{ème} génération » de la prise en charge du VIH/sida, leurs initiatives sont structurellement fragilisées par les financements internationaux. Malgré les

démarches éthiques et de labellisation dans lesquelles les entreprises de l'*agro-business* sont engagées, le VIH/sida n'est pas un enjeu assez central pour devenir une priorité d'action des entreprises privées.

Dans cette configuration d'acteurs, le pouvoir des autorités publiques est limité. L'exemple de l'élaboration d'une cartographie des bailleurs en Côte d'Ivoire, se « partageant » le territoire ivoirien sous la coordination formelle du Ministère de la santé est à cet égard éloquent. Cependant, les pouvoirs publics continuent d'exercer une influence. En Côte d'Ivoire, l'effectivité des réseaux de collaboration entre les entreprises privées et leurs districts sanitaires, peut être fragilisée par l'intervention de la coopération internationale, à cause de la juxtaposition des partenariats entre ONG et entreprises. Au Cameroun, si l'Etat est également fortement dépendant de l'aide internationale, il a redéployé son pouvoir en conservant le contrôle dans l'autorisation des structures de santé (centres médicaux d'entreprises inclus) à initier des activités de prise en charge ou non.

En définitive, l'accès à la santé de l'ensemble des individus dépendant des entreprises privées (salariés, familles, individus dépendants) se trouve conditionné, dans la pratique, par la synergie favorable de l'ensemble de ces variables. Dans cette mosaïque de dynamiques publiques nationales et internationales et cette constellation d'intérêts privés, les « citoyennetés thérapeutiques » et biologiques ne sont pas tant universelles que contingentes et fragmentées.

Alors qu'au chapitre précédent j'ai souligné la manière dont les entreprises privées évoluaient en dehors du système de régulation nationale (élaboration des politiques, mise en œuvre, contrôle), l'exemple des entreprises privées implantées en zone rurales met en exergue la manière dont le système de suivi et d'évaluation national est organisé. En jouissant généralement d'une autonomie financière, les entreprises privées échappent, *de facto*, à un système façonné par les relations de redevabilité entre bailleurs et bénéficiaires des ressources de l'aide extérieure.

Dans cette 2^{ème} partie, j'ai montré que l'insertion des entreprises privées au sein d'une action publique avait eu tendance à « dé-différencier » les entreprises des autres acteurs. Relayées par les pouvoirs publics et intégrées à la marge des stratégies nationales, celles-ci ont réalisé l'expérience d'une « déqualification médicale » et d'une « requalification communautaire ». En complément, j'ai mis en évidence la manière dont les entreprises privées agissent à la marge des arènes politiques, aux différentes étapes de l'action publique de lutte contre le VIH/sida : élaboration des stratégies nationales évinçant leurs spécificités, collaboration public-privé résiduelle dans la mise en œuvre des actions et exclusion du secteur privé du système de suivi et d'évaluation national.

Dans la 3^{ème} partie, je propose désormais de questionner les enjeux que représente une telle autonomie politique des entreprises privées, en m'attachant à souligner les spécificités qui continuent de les caractériser.

Partie III:
« Re-différencier » les
entreprises privées dans
la lutte contre le
VIH/Sida

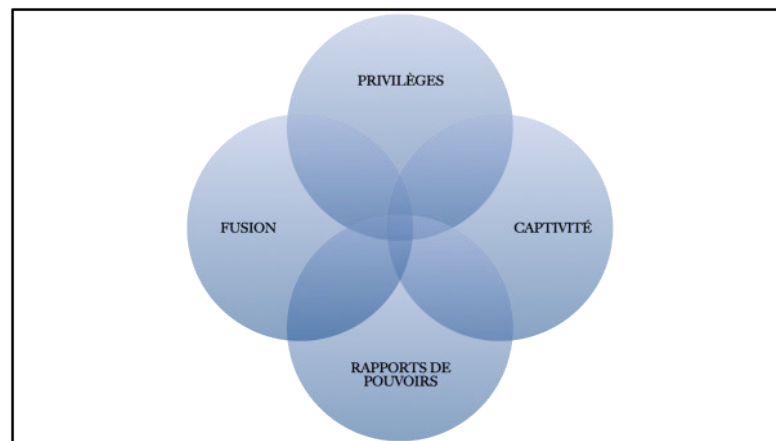
Chapitre 7. Le dépistage du VIH au sein des entreprises privées : entre coercition et gestion de soi

Les chapitres précédents ont montré que l’insertion des entreprises privées au sein des actions publiques de lutte contre le VIH/sida en contexte d’Afrique subsaharienne tendait à « différencier » les entreprises privées. Ce processus est lié à la « neutralité technique » rhétorique (Jobert 2003) des entreprises qui peuvent également se muer en « agences d’exécution », voire en « agences bénéficiaires » de l’aide internationale. Je vais analyser ici la spécificité des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida, à partir de l’exemple de leur pratique du dépistage. L’offre de dépistage proposée en entreprises est-elle une offre de dépistage « comme les autres » ? Que nous révèlent les enjeux et les tensions suscités par la proposition du dépistage en entreprises sur leurs caractéristiques spécifiques ? Les entreprises privées peuvent-elles être considérées comme des acteurs équivalents aux autres acteurs de l’action publique ?

Ce chapitre marque le passage d’une analyse à une échelle macro (2^{ème} Partie) à un niveau microsociologique. De ce point de vue, *j’appréhende les entreprises privées comme des institutions semi-fermées, qui génèrent des rapports de pouvoirs entre les individus, où les salariés sont à la fois privilégiés et « captifs » et dont la gestion de leur maladie se trouve fusionnée à leur espace de travail.* L’entreprise est un lieu de privilèges, dans la mesure où elle offre un accès plus avancé à des services de santé (centre médical, couverture maladie) et des ressources (financières, informationnelles) à ses employés, plus avancé que pour la population générale. Elle est un lieu de « captivité » (ou de « semi-captivité »), puisqu’elle dispose d’une population interne, astreinte à l’exercice de son activité professionnelle. Elle est un lieu de rapports de pouvoirs, dans la mesure où elle est fondée sur une structure hiérarchique, mêlant des rapports hiérarchiques entre ouvriers, employés, agents de maîtrise, cadres, membres de la Direction et personnel médical. Enfin, elle est un lieu de fusion car, à la différence de structures de santé publiques ou communautaires, la prise en charge de la santé s’effectue au sein du même espace que les activités professionnelles des individus. Ces

différentes caractéristiques sont représentées dans le Schéma 6. Elles sont inter-reliées les unes aux autres. Certaines contraintes peuvent devenir des privilèges en fonction des points de vue adoptés.

Schéma 6 Caractéristiques des entreprises privées pour la proposition du dépistage du VIH



Source : auteure

J'ai choisi d'étudier les ambivalences du contexte des entreprises privées à travers l'angle du dépistage du VIH pour trois raisons. Premièrement, pour des questions méthodologiques. Cette focalisation permet d'approfondir mon analyse sur un enjeu spécifique qui représente néanmoins la pierre angulaire des stratégies globales de lutte contre le VIH/sida, reliant la prévention et la prise en charge et permettant d'avoir une vue d'ensemble globale³⁰⁶. Deuxièmement, l'enjeu du dépistage est particulièrement controversé au sein des entreprises privées. Il a connu une volte-face en une décennie, passant d'une pratique discriminatoire et condamnée, à une pratique efficace et encouragée (cf. Chapitre 1), soulignant ainsi la tension entre les priorités relatives aux droits humains et à la santé publique. La troisième raison est due au fait que cette pratique est gouvernée par un « régime d'exception », mettant l'accent sur le respect des droits humains.

Dans ce contexte, différentes questions se posent. La proposition du dépistage du VIH, régie par un « régime d'exception » mettant l'accent sur l'autonomie des individus, est-elle compatible avec les entreprises privées, caractérisées par ses attributs captifs, fusionnels et hiérarchiques ? Les *privileges* offerts par l'entreprise permettent-ils de contre-balancer les

³⁰⁶ D'un côté, il représente la porte d'entrée pour la prise en charge des individus infectés par le virus, qui a d'autant plus de chance d'être efficace si les individus se font dépister de manière précoce (*Treatment As Prevention*). D'un autre côté, il est un moyen de prévention à part entière, dans la mesure où les personnes qui se savent contaminées ont une moindre probabilité d'avoir des comportements à risques que celles qui ignorent leur statut sérologique (Bunnell et al. 2006; Desgrées-Du-Loû et al. 2009).

craintes (perçues ou effectives), liées, au caractère *captif, fusionnel* et *hiérarchique* de l'entreprise ?

Je propose d'y répondre en trois temps. 1) je présenterai le contexte international et national de l'offre de dépistage (normes, réglementations, pratiques) et montrerai en quoi les entreprises privées en représentent une « microscène » ; 2) je montrerai que la médecine d'entreprise se présente comme un « dispositif » puissant, et j'interrogerai son impact sur la proposition d'un dépistage volontaire, éclairé et confidentiel ; 3) je questionnerai les enjeux suscités par la « verticalisation » du dépistage du VIH en entreprise, c'est-à-dire par la solution adoptée afin de contourner le dispositif médical de l'entreprise.

1. Entreprises privées et dépistage du VIH : contexte politique

1.1. Le dépistage du VIH : d'un « régime d'exception » au « régime d'efficacité »

Dans le contexte de la chronicisation du VIH/sida, le dépistage change de paradigme : à l'origine régi par ce que je qualifierai de « régime d'exception », il tend aujourd'hui à adopter un « régime d'efficacité »³⁰⁷. Au début des années 1980, dans les pays du Nord, la conjugaison d'un contexte où il n'existait pas de traitement efficace, avec la forte discrimination des populations principalement touchées (appelées les « 4H » : les homosexuels, héroïnomanes, haïtiens et hémophiles) a généré la mise en œuvre de procédures exceptionnelles : le dépistage ne pouvait être proposé de manière ni impérative, ni obligatoire, et ce y compris pour des raisons de santé publique. Grâce à l'accessibilité croissante de l'accès aux ARV, qui offrait une perspective thérapeutique aux individus dépistés positifs, de nouvelles normes et recommandations ont été élaborées en 2007 afin d'accroître la proposition du dépistage (OMS et Onusida 2007). Ainsi, depuis son apparition, le dépistage du VIH/sida a été l'objet de nombreuses normes qui ont évolué en fonction du contexte

³⁰⁷ J'entends par « régime » l'ensemble des normes, de ses réglementations et de ses pratiques qui caractérisent son mode d'organisation.

thérapeutique et politique, et qui ont donné lieu à de nombreuses terminologies (cf. Encadré 31).

Encadré 31 Petite histoire des recommandations stratégiques pour le dépistage VIH et de ses terminologies associées

Au départ, le paradigme de l'« exceptionnalité » du VIH/sida a conduit à élaborer des procédures spécifiques afin de promouvoir un dépistage éthique. La règle de « 3 C » a ainsi été adoptée

Les « 3C » : « conseil » avant le test, « consentement » éclairé et garantie du respect de la « confidentialité ».

Ainsi, pendant plus de 20 ans, la proposition du test du VIH/sida a été centrée sur un dispositif à l'initiative du client (CDV ou CDIC).

CDIC (conseil et dépistage à l'initiative du client) ou CDV (conseil et dépistage volontaire) : les individus recherchent activement le conseil et le dépistage du VIH dans un établissement qui propose ces services. Il peut être pratiqué dans plusieurs types de structures : établissements de santé, structures autonomes en dehors des établissements de soins (centres de conseil et dépistage volontaire - CCDV), voire équipes mobiles, cadre communautaire et à domicile

En 2007, l'OMS estimait que 60% des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) ignoraient leur statut en Afrique subsaharienne. Avec l'universalisation de l'accès aux traitements, l'intensification de l'offre de dépistage a été recommandée. L'OMS et l'Onusida ont publié des orientations sur le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire de soins (CDIP) dans les établissements de santé pour améliorer l'acceptation et l'accès à la prévention, au traitement du VIH et aux soins (OMS 2007(OMS et Onusida 2007)).

CDIP (conseil et dépistage à l'initiative du prestataire de santé) : le dépistage est recommandé en tant qu'élément habituel des soins médicaux par des soignants aux personnes qui viennent consulter dans les établissements de santé, afin de permettre la prise de décisions cliniques spécifiques. Cette procédure vise également à identifier les infections à VIH qui ne sont ni connues, ni suspectées chez les personnes qui ne présentent aucun signe ou symptôme manifeste d'une infection à VIH.

Ainsi, les modalités de dépistage ont évolué, allant vers plus de flexibilité. D'une stratégie dite en *opt in*, il a été recommandé une stratégie en *opt out* (CDC 2006 et OMS 2007)

Dépistage en *opt in* : cette méthode est basée sur le consentement préalable du patient. Elle repose sur l'idée que le patient donne son aval avant la réalisation du test, qui peut être recueilli par oral ou par écrit. La proposition du test est appréhendée comme un moment d'échange et de dialogue, qui ne se réduit pas à l'application du test.

Dépistage en *opt out* : cette méthode repose sur l'idée que le patient recourant au soin donne automatiquement et globalement son consentement pour réaliser un dépistage au même titre que pour les autres actes. Le patient est informé qu'une sérologie VIH sera pratiquée, et s'il s'y oppose, il doit exprimer son refus.

En complément, afin de pallier la faible fréquentation des systèmes de santé classiques, des offres de dépistage de proximité, alternatives ou « hors les murs » ont été promues

Dépistage communautaire ou « hors les murs » : différentes stratégies de dépistage se sont développées à l'extérieur des structures de santé, de manière fixe (CCDV) ou de manière mobile (équipes mobiles, porte-à-porte), ciblant la population générale, des populations isolées (populations rurales), ou des populations les plus exposées (professionnel(les) du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes (HSH), migrants, routiers, jeunes filles, etc.)

Dans le cadre de la réflexion sur le *Treatment as Prevention*, les recommandations pour le traitement des personnes infectées par le VIH vont dans le sens d'une initiation des antirétroviraux (ARV) de plus en plus tôt. Cette stratégie est conditionnée par la mise en place d'un *dépistage universel* afin que la quasi-totalité des personnes infectées soient diagnostiquées, d'un *dépistage répété* afin que le diagnostic ait lieu

le plus tôt possible après l'infection, et d'un *référéncement* (ou *linkage to care*) *efficace*, afin que les personnes dépistées intègrent le système de soins. D'un dépistage diagnostic, il s'agit de passer à une offre préventive (ou systématique).

Dépistage diagnostic : proposition d'un dépistage auprès de patients qui présentent des symptômes en relation avec le VIH ou auprès de patients qui pourraient avoir été infectés mais qui n'ont aucun symptôme

Offre systématique (ou dépistage préventif) : proposition d'un dépistage auprès de patients qui ne présentent pas les symptômes en relation avec le VIH (asymptomatique), avec pour objectif d'identifier des patients à un *stade précoce* de la maladie, ou bien dans une *approche préventive* (la connaissance du statut sérologique générant des comportements moins à risques)

Ces nouvelles recommandations ont rapidement montré leur efficacité en terme d'acceptabilité, que ce soit dans le cadre des services de santé, avec la promotion du conseil et dépistage à l'initiative du prestataire de Santé (CDIP) en *opt out* (Dalal et al. 2011; Wanyenze et al. 2008), ou dans le cadre d'une offre « hors les murs » (campagnes mobiles, porte-à-porte) (Matovu et Makumbi 2007; Sweat et al. 2011; DallaPiazza et Aberg 2011; Tumwesigye et al. 2010). Ainsi, l'amélioration de l'accessibilité géographique et économique de l'offre de dépistage, et la systématisation de sa proposition ont généré une augmentation globale de la *demande* de dépistage.

Cependant, le dépistage du VIH/sida reste marqué par le régime d'exception qui l'a vu naître. D'un côté, un phénomène de « dépendance au sentier », c'est-à-dire du « poids des choix effectués dans le passé et celui des institutions politiques sur les décisions présentes » (Palier 2010), influence les procédures actuelles de proposition du test qui doivent toujours répondre (bien que de manière allégée), aux exigences de conseil, de consentement et de confidentialité. D'un autre côté, le VIH/sida est une maladie qui n'a pas cessé d'être problématique quant aux considérations éthiques autour de son diagnostic, notamment relatives à la gestion de la confidentialité (Desclaux 2014). Ainsi, dans un contexte d'universalisation de l'accès aux ARV, les partisans d'une approche centrée sur l'efficacité, la banalisation et la systématisation du test tendent à gagner du terrain ; tandis que les tenants de son exceptionnalité, donnant la priorité aux droits humains, continuent de peser. De ce fait, le dépistage du VIH/sida doit aujourd'hui répondre à cette double exigence d'*efficacité* et d'*acceptabilité*. Je montrerai plus tard que le contexte de l'entreprise privée exacerbe particulièrement cette tension. Avant cela, je vais présenter un tableau de l'offre du dépistage en Côte d'Ivoire.

1.2. Politiques de dépistage en Côte d'Ivoire

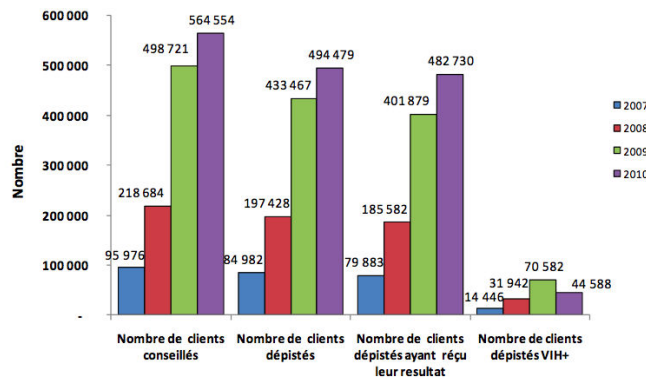
En Côte d'Ivoire, l'offre du dépistage du VIH/sida s'est d'abord concentrée dans des structures de santé spécialisées dans le VIH : Centre d'information et de dépistage volontaire (CIPS), Centre de diagnostic et de recherche sur le sida (Cedres) (1992), Unité de soins ambulatoires et de conseils (Usac) (1994), Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT) et Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan (Cirba) (1998). A partir de 1999, il est recommandé dans le cadre des consultations prénatales. En 2002, le premier *Document de Normes et Directives Nationales* ivoirien encourage son intégration au sein des différents services de santé (anti-tuberculeux, consultations prénatales et autres) ainsi que le développement des sites autonomes à base communautaire, c'est-à-dire des services proposés par des associations ou des ONG à l'extérieur des structures de santé (MLS Côte d'Ivoire 2002). Si la gratuité du test diagnostique dans les établissements sanitaires publics et privés nationaux a marqué une étape majeure en 2004, les activités de dépistage vont acquérir une nouvelle dimension à partir de 2006. D'un côté, le Pefpar a financé massivement les stratégies de dépistage communautaire, en partenariat avec l'ONG Alliance-CI, ainsi que *Geneva Global*, EGPAF Kenya, Anader et IRC. Le conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) au sein des structures de santé a également été promu de manière graduelle, avec la coordination du Programme national de prise en charge (PNPEC). L'intensification massive du nombre de sites proposant le dépistage (cf. Figure 8) a ainsi généré une forte croissance du nombre de personnes dépistées (cf. Figure 9).

Figure 8 Évolution de la couverture nationale en conseil et dépistage VIH (CD) en Côte d'Ivoire en fonction du nombre de sites proposant une offre (2007 - 2009)

Couverture en CD	2007 (N Région =19) (N District =72)		2008 (N Région =19) (N District =72)		2009 (N Région =19) (N District =72)	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	Région sanitaires	19	100	19	100	19
Districts sanitaires	44	61	51	71	79	95
Sites	287		378		504	

Source : Rapport annuel des indicateurs VIH/SIDA du secteur santé en Côte d'Ivoire, 2009

Figure 9 Nombre de personnes ayant bénéficié du conseil et dépistage VIH (CD) par année en Côte d'Ivoire (2007 - 2010)



Source : Rapport national 2010 de lutte contre l'infection à VIH en Côte d'Ivoire (CNLS)

L'année 2009 s'est présentée comme une année charnière. Elle a marqué l'élaboration du nouveau *Document de politique, normes et procédures du conseil dépistage du VIH en Côte d'Ivoire*, qui promeut le passage à l'échelle du dépistage à travers la mise en œuvre d'un nouvel algorithme (cf. annexe) et du dépistage rapide avec piqûre au bout du doigt, l'intégration des recommandations de l'OMS sur le conseil dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) systématique dans les structures de santé, la promotion des stratégies innovantes (unités mobiles, porte à porte, campagnes de masse, etc.), et l'élargissement des personnes habilitées à effectuer le test (PNPEC 2010). Concernant spécifiquement le CDIP, il a été recommandé qu'il soit proposé systématiquement et intégré en priorité au sein de certains services de santé : pour une proposition de test à visée diagnostique dans les centres de prise en charge de la tuberculose et les consultations pour adultes et enfants symptomatiques, et pour une proposition à visée préventive au cours des consultations pré et post-natales, dans les cliniques de prise en charge des IST, les services dédiés aux professionnel(le)s du sexe, les centres de planning familial et les centres de dons de sang et d'organes.

La crise post-électorale de 2010-2011 et la raréfaction des financements internationaux freinent cette dynamique de passage à échelle du dépistage, c'est-à-dire de l'universalisation de son accessibilité. Dans le cadre du *Country Operational Plan* de 2011 (COP11), le Pefpar a réorienté ses financements sur les besoins les plus urgents, avec en priorité les traitements antirétroviraux. Concernant l'offre de dépistage, des remaniements stratégiques ont été élaborés. Malgré leur efficacité en termes d'accroissement de l'accessibilité et de

l'acceptabilité au dépistage du VIH/sida³⁰⁸, le soutien aux stratégies communautaires a été freiné. D'autres projets pilotes de stratégies en porte-à-porte (PAP), avaient présenté des taux d'acceptation très élevés, tel que pour le projet HBVCT (*Home Based Voluntary Counseling and Testing*) mis en œuvre par l'ONG EGPAF (*Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation*), s'élevant à un taux d'acceptation de 97%. Cependant, ces stratégies qui ciblaient la population générale ont été évaluées comme n'étant pas assez coût-efficaces en termes de nombre de personnes infectées identifiées pour le nombre de tests de dépistage réalisés³⁰⁹. Ainsi, la priorité a été recentrée sur le CDIP au sein des structures de santé, avec en complément, une offre « hors les murs » ciblant des populations « hautement vulnérables » (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, jeunes femmes). Dans ce contexte, les entreprises privées représentent l'un des rares lieux ayant les moyens de maintenir une offre de dépistage alternative à celle des structures de santé, systématique et régulière.

Encadré 32 Chronologie de l'offre de dépistage VIH en Côte d'Ivoire

<p>1992 : 1er site de conseil et dépistage volontaire autonome au CIPS (avec soutien de l'ONG Espoir-CI, l'USAID et le gouvernement ivoirien), conseil et dépistage au CEDRES (Centre de diagnostic et de recherche sur le sida et les infections opportunistes) et création de l'Espace confiance</p> <p>1994 : conseil et dépistage à l'USAC</p> <p>1998 : conseil et dépistage au SMIT et au CIRBA</p> <p>1999 : recommandation sur l'intégration du dépistage en CPN</p> <p>2000 : 1er document de formation en counselling (USAID et FHI – Projet Impact)</p> <p>2002 : 1er Document de normes et directives nationales qui encourage les sites autonomes à base communautaire et l'intégration du conseil et dépistage dans les services de santé (consultations prénatales, tuberculose, et autres)</p> <p>2004 (Juillet) : gratuité du dépistage dans les établissements sanitaires publics et sites de conseil et dépistage au niveau national en Côte d'Ivoire</p> <p>2006 : intensification du dépistage communautaire</p> <p>2007 : Recommandations de l'OMS et de l'Onusida sur le conseil dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé (CDIP)</p> <p>2008 : Gratuité des ARV en Côte d'Ivoire</p> <p>2009 : “Document de politique, normes et procédures du conseil et dépistage volontaire du VIH en Côte d'Ivoire”, promouvant la mise en œuvre du nouvel algorithme (dépistage rapide avec piqûre au bout du doigt), les recommandations de l'OMS sur le CDIP systématique dans les structures de santé, les stratégies innovantes (unités mobiles, porte à porte, campagnes de masse, etc.), et élargissant les personnes habilitées à effectuer le test (document en attente de diffusion)</p> <p>20 juin 2009 : 1ère Journée nationale de conseil et dépistage (JNCD) (83 sites à Abidjan)</p>

³⁰⁸ Il n'existe pas de données spécifiques sur la proportion du dépistage communautaire à l'échelle nationale. Cependant, l'ONG Alliance – CI qui a mis l'accent sur les stratégies mobiles a contribué en 2009 à 26% de l'activité nationale de dépistage, avec la coordination de seulement 19 structures de dépistage, sur les 452 sites de dépistage existants.

³⁰⁹ Selon un entretien réalisé avec l'équipe du service dépistage du Programme national de prise en charge (PNPEC) ivoirien.

1.3. Les entreprises privées : une « micro-scène » de l’offre nationale du dépistage du VIH

Les entreprises privées représentent une « micro-scène » de l’offre de dépistage nationale : d’un côté, elles accumulent et conjuguent les modalités de proposition nationales (dépistage volontaire, dépistage à l’initiative du prestataire de santé à visées diagnostic et préventive, campagnes de dépistage) et d’un autre côté, elles présentent des modalités inédites (au cours des visites réglementaires) (cf. Tableau 13).

Tableau 13 Modalités d'offre de dépistage au niveau national et dans les entreprises privées

		Offre nationale		Entreprises
		Structures de Santé	Hors structures de santé	
CDV (Centre de Dépistage Volontaire)		CDV structure de santé	CDV autonome	CDV intégré au centre médical de l’entreprise
CDIP (Conseil et Dépistage à l’Initiative du Prestataire de santé)	Diagnostic	Services VIH, tuberculose (TB), infections sexuellement transmissibles (IST), et autres	-	Consultations
	Préventif	Consultations prénatales (CPN) et autres	-	Visites réglementaires (embauche, annuelle, retour de congé)
Campagne ponctuelle	Population générale	-	Campagne de masse	Campagne ponctuelle sur site
	Populations vulnérables	-	Campagnes ciblées	-
	Populations rurales	-	Campagnes de masse Porte-à-Porte (PAP)	Campagnes pour les communautés (entreprises rurales)

Source : Auteure

De la même manière qu’au sein de l’offre nationale, le dépistage du VIH/sida en entreprises peut être proposé à l’initiative des clients s’ils se présentent de manière volontaire au sein du centre de santé pour effectuer un dépistage (CDIC ou CDV). Il peut également être proposé à l’initiative des prestataires de santé (CDIP) dans une démarche diagnostique, c’est-à-dire auprès des patients présentant certains symptômes de la maladie, ce qui est le cas pour la plupart des entreprises disposant d’un centre de santé. Cette dernière modalité est proposée

par 28 entreprises de mon échantillon sur les 30. L'entreprise représente une offre de santé de proximité, c'est-à-dire une opportunité de contacts réguliers avec le système de santé classique, qui fait généralement défaut pour la population générale, et ce particulièrement pour les hommes (Bila 2011). La spécificité des entreprises réside dans la possibilité de proposer le dépistage au cours des visites réglementaires (après l'embauche, annuelle, corps de métier, retour de congé maladie, retour de congé maternité), en s'appuyant sur la médecine du travail. Dans mon échantillon, 15 entreprises privées sur les 30 proposaient ainsi le dépistage lors des visites réglementaires, de manière systématique ou non systématique, effectué en interne ou référé au sein de structures de santé externes³¹⁰. Enfin, certaines entreprises choisissent une proposition sous la forme de campagnes ponctuelles sur leurs sites, en faisant appel à des structures partenaires. Dans mon échantillon, 15 entreprises sur les 30 ont opté pour ce mode de proposition³¹¹. De plus, 2 entreprises ne proposent pas d'offre de dépistage et 2 d'entre elles proposent les deux modalités. En entreprise, les occasions de dépistage sont ainsi diverses, permettant de développer à la fois un « dépistage curatif » et un « dépistage préventif ».

1.4. Le dépistage du VIH en entreprises : une réglementation floue et non contraignante

En matière de VIH/sida sur le lieu de travail et de protection du droit des travailleurs³¹², la Côte d'Ivoire ne dispose pas de législation spécifique. Ainsi, à l'exception de la Convention n°111 de l'Organisation internationale du travail (OIT) concernant la discrimination (OIT 1958) que la Côte d'Ivoire a ratifiée et d'instruments juridiques généraux³¹³, l'enjeu du VIH/sida au sein des entreprises privées est essentiellement régulé selon des instruments volontaires et non contraignants. Les chartes élaborées par les entreprises privées représentent

³¹⁰ Il s'agit des entreprises 1, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 20, 23, 24, 25, 27 et 29. Sont prises en compte les entreprises qui utilisent explicitement les visites réglementaires d'entreprise pour proposer le dépistage, que celui-ci soit intégré directement dans le bilan de santé, ou référé à l'extérieur.

³¹¹ Il s'agit des entreprises 2, 3, 11, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 28 et 30. Sont prises en compte les entreprises ayant déjà organisé, au moins une fois, une campagne de dépistage du VIH sur leur site.

Ces 2 types d'offre peuvent être proposés au sein d'une même entreprise, bien que les entreprises choisissent généralement de mettre l'accent sur l'une des deux, afin de ne pas créer un effet de saturation de l'offre.

³¹² Les violations des droits des travailleurs relatifs au VIH/sida peuvent être : le refus de soigner les individus séropositifs, l'obligation du dépistage, la divulgation des résultats, le dépistage à l'embauche, la non assistance médicale aux travailleurs infectés, l'absence de promotion pour les travailleurs infectés, le licenciement, la stigmatisation sur le lieu de travail, ou encore le refus d'accorder des visas au cours de voyages professionnels.

³¹³ Telles que la constitution ivoirienne, le code du travail, le statut général de la fonction publique, le code de la santé, la convention collective interprofessionnelle, le code de prévoyance sociale.

les premiers actes symboliques de leurs engagements (cf. annexe), inspirées par et conjuguées à des recommandations et directives internationales.

En la matière, la Recommandation n°200 sur le VIH en milieu du travail de l'OIT (2010), un outil non contraignant, constitue aujourd'hui le référentiel juridique international de base³¹⁴ (BIT 2010). A propos de la question spécifique du dépistage du VIH sur le lieu de travail, les normes ont fortement évolué, passant d'un mode prohibitif et restrictif à un mode incitatif. En 1988, le Conseil européen des Ministres affirmait que la médecine du travail n'était pas un lieu adapté pour effectuer le test de dépistage, soulignant l'inadéquation du lieu de travail comme lieu de dépistage :

« Le dépistage du VIH/SIDA, même effectué dans le cadre des examens de santé normaux de la médecine du travail constitue un moyen inapproprié de combattre la maladie » (Conseil européen des Ministres de la Santé 1989, cité par (Hodges 2006, 35)

Cette déclaration est à replacer dans le contexte des années 1980, dans le contexte d'une absence de traitements, au sein de pays disposant d'une forte offre de santé publique, qui relativisait *de facto* le rôle des centres médicaux des entreprises privées. Cependant, après l'arrivée des traitements, les *Directives Pratiques* du Bureau international du travail (BIT) réaffirmaient en 2001, une réserve sur le lieu de travail comme lieu privilégié pour proposer le test, en raison du risque élevé d'utilisation abusive des informations, et ce notamment pour les pays à ressources limitées (cf. Introduction) (BIT 2001).

En 2010, la Recommandation n°200 du BIT opère un revirement normatif important en invitant les entreprises à « encourager les travailleurs à connaître leur statut en recourant au conseil et dépistage volontaire » (BIT 2010, 5). Cependant, un certain flottement entoure le rôle spécifique du lieu de travail dans le dépistage, les modalités de proposition du test, ainsi que les différences de contexte entre le Nord et le Sud, aboutissant au final à un large consensus, encourageant le dépistage, à condition que celui-ci respecte la règle des « 3C »³¹⁵. Le principe de l'interdiction du dépistage obligatoire des demandeurs d'emploi et des personnes occupant un emploi a par ailleurs été réaffirmé (BIT 2010, 4), bien que créant un débat à propos de la pertinence ou non d'un dépistage obligatoire dans le cadre de certaines professions (et notamment celles où il existe un risque d'exposition). Enfin, la question du dépistage du VIH à des fins diagnostiques sur le lieu de travail n'a pas été l'objet de débats spécifiques (OIT 2009), masquant les spécificités de la médecine d'entreprise dans de

³¹⁴ Alors que les syndicats auraient souhaité une convention, plus contraignante, les freins du patronat ont débouché sur une recommandation.

³¹⁵ Il est précisé que « le dépistage doit véritablement être volontaire et exempt de toute coercition, et les programmes de dépistage doivent respecter les directives internationales sur la confidentialité, le conseil et le consentement ».

nombreux pays du Sud, qui occupe des fonctions curatives (cf 2.1). La Recommandation n°200 se positionne en effet pleinement dans la tradition d'exceptionnalité du VIH/sida, abordant cette pathologie selon une approche centrée sur les droits humains³¹⁶, en occultant le rôle curatif de la médecine d'entreprise, dans un contexte de chronicisation et de banalisation de l'infection à VIH.

En Côte d'Ivoire, l'introduction du dépistage au sein des entreprises s'est effectuée en trois temps. Durant les deux premières décennies (1980-2000) à l'insu des employés, à des fins discriminatoires. A partir de la fin des années 1990 et du début des années 2000, dans le cadre des programmes d'accès aux ARV, à des fins diagnostiques aux employés qui en présentaient les signes de la maladie. Enfin, à partir de 2006, dans le cadre de programmes de prévention, proposés à l'ensemble des employés de manière systématique. Cette dernière étape a marqué un tournant radical des entreprises engagées, les amenant, selon l'expression d'un responsable de comité rencontré, à « franchir le Rubicond »³¹⁷. C'est-à-dire, l'instauration d'un dépistage préventif a engagé des entreprises jusque là limitées aux actions de sensibilisation, vers une stratégie globale, tout en s'exposant au manque de confiance possible des employés. En effet, le lieu de l'entreprise n'est pas un endroit neutre, mobilisant de nombreuses résistances de la part des individus, comme je vais maintenant le montrer.

2. Le dispositif du pouvoir médical en entreprises : un dispositif coercitif ?

Au sein des entreprises privées, les médecins sont au cœur d'un « dispositif » au sens de Michel Foucault, qui leur permet d'exercer leurs fonctions médicales avec autorité. En effet, le « dispositif » constitue un mécanisme de domination, formé par un ensemble hétérogène de discours, d'institutions et de pratiques (Revel 2007, 41; Foucault 1977)³¹⁸. Le Schéma 7 représente les différents facteurs qui expliquent l'étendue du pouvoir médical au sein des

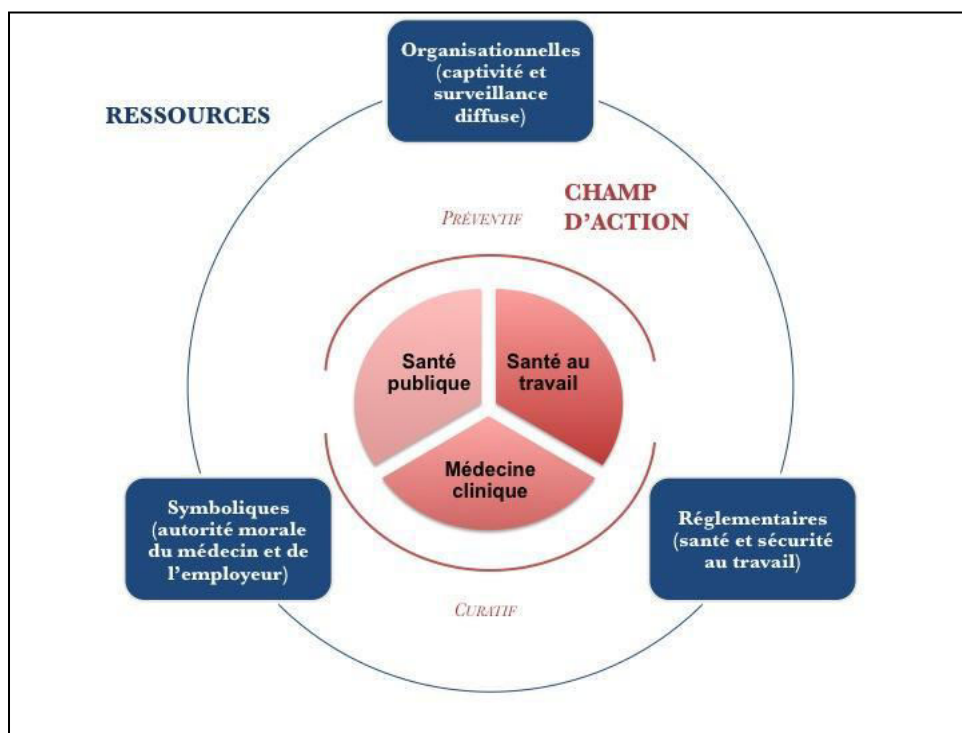
³¹⁶ Le VIH/sida est appréhendé comme une question qui « affecte » le lieu de travail (R200 2010 : 3), mais n'est pas considérée comme une pathologie professionnelle (à l'exception de certaines professions sujettes aux accidents d'exposition au sang).

³¹⁷ Selon l'expression du coordinateur du comité sida de l'entreprise 24.

³¹⁸ Dans cet entretien, Michel Foucault explicite la notion de « dispositif » : « Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments ».

entreprises privées, et qui seront développés dans chacune des sections indiquées. J'ai distingué deux types de facteurs : d'un côté, ceux relatifs à l'étendue du champ d'action du personnel médical (2.1) et d'un autre côté, ceux liés à l'ensemble des ressources symboliques (2.2), organisationnelles (2.3) et réglementaires (2.4) auxquelles les médecins ont accès, et qui accroissent le pouvoir dont ils bénéficient généralement déjà dans la société. Il faut alors se demander dans quelle mesure l'entreprise privée représente un lieu où il est possible de proposer un dépistage qui reste libre et éclairé.

Schéma 7 Le dispositif de la médecine en entreprise



Source : auteure

2.1. Une médecine hybride : santé publique, santé clinique et santé au travail

La médecine d'entreprise de Côte d'Ivoire est aujourd'hui le résultat de différentes influences, à la fois endogènes et exogènes, à la recherche de son propre modèle³¹⁹. A la différence des

³¹⁹ Différentes sources ont contribué à l'analyse de la médecine d'entreprise : la participation à 2 Journées Scientifiques organisées par la Société ivoirienne de médecine du Travail (SIMT) avec pour thèmes « L'exercice de la médecine du travail en Côte d'Ivoire : les enjeux » (24 avril 2012, INFAS), ainsi que « les maladies professionnelles », (24 avril 2013 à Abidjan, Petite Mairie du Plateau) des entretiens avec le Pr Jean Sylvain BONNY (Chef de Département médecine du travail, médecine légale, toxicologie, CHU de Yopougon et responsable du certificat d'études spéciales (CES) de médecine de travail) et des médecins praticiens en entreprises.

modèles de santé au travail des sociétés postindustrielles, centrés sur les enjeux de santé liés à l'activité professionnelle, la médecine d'entreprise en Côte d'Ivoire possède un caractère profondément hybride. Elle s'appuie sur un dispositif sanitaire potentiellement puissant, tant sur ses prérogatives élargies (santé publique, santé au travail) que sur ses moyens d'application (instruments de la médecine réglementaire), pour développer des initiatives et des « modèles » de santé publique.

Dans la continuité de la tradition de substitution des entreprises à l'Etat, la médecine d'entreprise en Côte d'Ivoire s'occupe d'une « santé publique en miniature »³²⁰, alliant des aspects curatifs et préventifs auprès d'une population captive ou semi-captive. Au sein des zones isolées et rurales de Côte d'Ivoire, cette nécessité de pallier une offre de santé manquante est encore actuelle. Dans le contexte urbain, à Abidjan, cette tradition de substitution perdue, avec des centres médicaux d'entreprises disposant de véritables hôpitaux au sein de la ville, en dépit d'une offre de santé publique et privée extérieure disponible.

Depuis une quinzaine d'années, la médecine d'entreprise en Côte d'Ivoire s'est cependant professionnalisée et organisée, engagée vers la voie de la médecine du travail, c'est-à-dire d'une médecine centrée sur la prévention des accidents et des atteintes liés au travail (et non plus uniquement sur l'aspect curatif). Dans les années 1990, les travaux de Laurent Aventin et de Dédy Séry (Aventin 1996a; Dédy 1996) font mention d'une médecine d'entreprise embryonnaire. Face à la dépendance économique des médecins vis-à-vis de leurs employeurs, ces auteurs révèlent que les médecins d'entreprises communiquaient couramment des informations médicales. Ils transmettaient les résultats médicaux des employés à leurs employeurs³²¹, malgré leur devoir de respecter le secret professionnel, et leur responsabilité engagée tant sur le plan civique³²² que pénal³²³. Les médecins considéraient leur employeur comme leur chef de service clinique et à l'inverse, leur employeur les employait au même titre que n'importe quel autre cadre (Aventin 1996a). Quelques rares grandes entreprises multinationales engagées dans une politique sociale avancée se distinguaient, en employant

³²⁰ Selon l'expression du Pr Jean Sylvain Bonny.

³²¹ Laurent Aventin (1996) cite une étude effectuée en 1995, auprès d'une trentaine de médecins d'entreprises et qui rapportait que 30% d'entre eux communiquaient leurs résultats à leur employeur. AKKA M. F., 1995, *Impact du sida en entreprise*, Abidjan, Université d'Abidjan (Thèse de Médecine soutenue le 4 août 1995, sous la direction du professeur Jean Sylvain Bonny).

³²² Article 1382 du Code Civique : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer ».

³²³ Article 383 du Code pénal sur la violation du secret médical : « Tout dépositaire, par état ou profession ou par fonction temporaire ou permanente d'un secret qu'on lui confie, qui, hors le cas où la loi oblige ou autorise à se porter dénonciateur, révèle ce secret, est puni d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 50.000 à 500.000 FCFA ».

notamment des médecins du travail spécialisés (au total cinq ou six sur l'ensemble de la Côte d'Ivoire).

Depuis, la spécificité d'une véritable médecine du travail a progressivement émergé (cf. Encadré 33). En 1995, le nouveau Code du Travail a fait apparaître pour la première fois le terme de « santé au travail », remplaçant celui de « médecine d'entreprise »³²⁴. En 1999, un certificat d'études spéciales (CES) a été créé, permettant la formation de 186 médecins (mais seulement 58 diplômés)³²⁵. Le 28 avril 2001, une société savante, la Société ivoirienne de médecine du travail (SIMT) a vu le jour, créant ainsi une plateforme favorisant la structuration des médecins du travail en véritable corps professionnel (échanges d'expériences, recherche scientifique, plaidoyer) et atténuant l'isolement dont ils sont généralement l'objet.

Encadré 33 Chronologie : la médecine d'entreprise/du travail en Côte d'Ivoire

1954 : Définition des obligations des employeurs en matière d'hygiène et de sécurité en Afrique occidentale française (AOF) (Arrêté n° 5253/IGTLS/AOF du 19 juillet)

1967 : Codification des dispositions réglementaires des services de santé en entreprises (Décret n°67-321 du 21 juillet).

1989 : Création du Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles au CHU de Yopougon (*vérifier dénomination*)

1995 : Réaffirmation de l'obligation pour tout employeur d'assurer un service de santé au profit des travailleurs qu'il emploie au sein du nouveau Code du Travail (Loi n°95-15 du 12 janvier 1995 portant Code du travail)

1996 : Obligation pour les entreprises de plus de 50 salariés de mettre en place un Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) (décret n°96-206 du 7 mars 1996)

1999 : Création d'un certificat d'études spéciales (CES) de santé au travail

2001 : Création de la Société ivoirienne de médecine du travail (SIMT)

2008 : Création de procédures d'agrément obligatoires pour le personnel médical et paramédical exerçant au sein des services de santé et sécurité au travail (arrêté 1715/MFPE/CAB du 20 février)

³²⁴ Loi n°95-15 du 12 janvier 1995 portant Code du travail, au sein duquel est réaffirmé l'obligation pour tout employeur d'assurer un service de santé au profit des travailleurs qu'il emploie.

³²⁵ Selon le bilan effectué en 2012, depuis 1999, 186 médecins se sont inscrits au CES, 58 ont été diplômés, 69 étaient en instance de mémoire et 19 avaient abandonné. Depuis 2008 (arrêté 1715/MFPE/CAB du 20 février), la détention d'un CES (ou d'un diplôme équivalent) ainsi que de l'agrément auprès du Ministère a été rendue obligatoire pour les médecins exerçant au sein des entreprises. Au moment de l'enquête, un certificat pour les infirmiers du travail était en cours d'élaboration (Bonny, Jean-Sylvain. 2012. « Le Certificat d'études spéciales (C.E.S.) de santé au travail de 1999 à Avril 2012. Bilan et perspectives ». *Journée scientifique de la Société ivoirienne de médecine du travail (SIMT)*, le 24 avril 2012, Abidjan – CHU de Treichville/Infas).

Ainsi, alors que la médecine du travail a été règlementée en 1967³²⁶, en étant calquée sur le modèle français, celle-ci demeure largement inappliquée, souffrant des effets corrélatifs à cette « projection » originelle (Darbon 2008) : inadaptation à certaines réalités locales, obsolescence des textes et faible application par les modes de régulation formels. Plus récemment, le véritable essor des enjeux de sécurité et de santé au travail a été suscité par certaines firmes multinationales (pétrole, *agro-business*, télécommunications, etc.) engagées dans une démarche de responsabilité sociale des entreprises (RSE) autonome. Celles-ci ont adopté des chartes, référentiels, feuilles de route internes ou encore des politiques de reconnaissance de la performance de leurs cadres concernant la santé, la sécurité et l'hygiène au travail, harmonisant les conditions sociales des employés engagés partout dans le monde, en conformité avec certains standards internationaux³²⁷. Par ailleurs, la certification, qui est aujourd'hui davantage répandue parmi les entreprises ivoiriennes que la démarche RSE (71 entreprises pour ISO 9001 en 2013³²⁸), a favorisé le respect des dispositions minimales légales en vigueur du pays, bien que les enjeux de santé et sécurité y soient marginaux³²⁹. Le *reporting* des activités des entreprises ainsi que le contrôle des audits privés externes a ainsi suppléé partiellement la faiblesse des contrôles publics et légaux des inspecteurs du travail et médecins inspecteurs du travail, souvent dénoncés pour leurs fraudes et pratiques de corruption (Mobio 2005). Si certaines études scientifiques ont cherché à montrer les avantages coûts-bénéfices d'une médecine du travail préventive dans le contexte ivoirien, les réticences des employeurs sont encore importantes à ce niveau.

La médecine d'entreprise couvre ainsi un large champ d'action, dans la mesure où elle conjugue la médecine de proximité, curative, préventive, et réglementaire. Les entreprises privées disposent ainsi d'un arsenal potentiellement puissant pour développer une prévention et une prise en charge efficace du VIH/sida. Comment les médecins d'entreprises utilisent-ils ce dispositif ? Quelles sont leurs marges d'autonomie et de contraintes ?

³²⁶ Selon le décret n°67-321 du 21 juillet 1967 portant codification des dispositions réglementaires prises pour application du Titre VI « hygiène et sécurité service médical » de la loi n°64-290 du 1er août 1964 portant code du travail, légiférant notamment sur les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer un service médical à ses travailleurs (attributions du médecin de l'entreprise à la fois curatives et préventives, mesures de contrôle, examens médicaux, installations médicales et matériel en fonction de l'effectif, etc.).

³²⁷ Au niveau des normes internationales promues par l'Organisation internationale du travail (OIT), telles que la Convention 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs (1981), la Convention 161 et la Recommandation 171 sur les services de santé et sécurité au travail (1985), la Convention 187 et la Recommandation 197 sur le cadre promotionnel pour la santé et sécurité au travail, la déclaration consensuelle et recommandations sur la santé au travail de 1992 (OIT/OMS) ou la Déclaration sur la santé au travail pour tous en 1995 (OIT/OMS).

³²⁸ Source : Codinorm (Côte d'Ivoire Normalisation) : l'organisme national qui a pour mission de promouvoir la normalisation, de gérer le système national de certification, de former et d'assister les entreprises en matière de qualité et de performance globale.

³²⁹ Dans le cadre de la certification ISO 9001 (une certification des processus qualité), les paramètres de la santé et de la sécurité au travail ne sont pas intégrés de manière directe, mais indirectes (les infrastructures sanitaires pouvant être valorisées comme fonctions de support).

2.2. Les ressources individuelles et symboliques

Dans le contexte des structures de santé publique en Afrique subsaharienne, les relations entre les patients et leurs médecins se caractérisent généralement par leur asymétrie selon un schéma médecin actif – patient passif, au sein duquel le médecin jouit d’une autorité symbolique élevée, liée au statut social, à la détention de savoirs scientifiques (Herzlich et Pierret 1991) et renforcée par le contexte post-colonial donnant une supériorité symbolique à la « médecine moderne » (Hours 1986)³³⁰. Comment ce pouvoir se décline-t-il au sein des entreprises privées ?

Les médecins : un instrument du pouvoir
hiérarchique

Malgré les avancées récentes de la médecine d’entreprise, l’indépendance de leurs médecins demeure problématique, car ils restent généralement subordonnés formellement à l’autorité des Directeurs des ressources humaines (DRH) (éventuellement à la Direction générale). En l’absence d’une indépendance formelle, les médecins du travail sont guettés par le double risque de l’exercice d’une médecine bénéficiant à l’employeur et d’une « médecine d’assurances », c’est-à-dire où la santé du patient se trouve entièrement déterminée par les exigences budgétaires. Avec l’organisation de la médecine du travail dans les années 2000, les pratiques de cooptations qui favorisaient les échanges d’informations entre médecins et membres de la Direction, tendent à s’amenuiser³³¹. Cependant, selon différents témoignages, la personnalité du médecin de l’entreprise s’avère fondamentale dans le rapport de force qui le soumet aux pressions hiérarchiques. Et ce d’autant plus dans le contexte d’un marché des médecins d’entreprises fortement concurrentiel, au sein duquel les places de titulaires sont rares et convoitées dans la mesure où les salaires y sont substantiellement plus élevés que dans la fonction publique. Parmi les stratégies de subsistance possibles (Olivier de Sardan et Jaffré 2003), les médecins fonctionnaires du secteur public y effectuent ainsi des vacations, appelées également des « gombos » (c’est-à-dire une activité générant des revenus

³³⁰ Si cette asymétrie se trouve justifiée dans le cadre d’infections aiguës, dans le cadre d’une pathologie chronique tel que le VIH/sida, il a été montré qu’elle représente un obstacle à la prise en charge et au suivi des patients, les patients observant étant les plus actifs dans la gestion de leur prise en charge (Sow et Desclaux 2002, 115), cité par (Carillon 2013, 228).

³³¹ Notamment, de plus en plus d’entreprises ont recours à des cabinets de recrutement afin d’embaucher des médecins d’entreprises, témoignant de la baisse des pratiques de cooptation qui étaient autrefois généralisées.

complémentaires en langage *nouchi*³³²). Au sein des entreprises, les conditions d'exercice des médecins diminuent leurs marges de manœuvre vis-à-vis de leur Direction : d'un côté, ils sont marginalisés en tant que simple « support de production ». De l'autre, ils sont surchargés, endossant les fonctions de « 3 médecins en 1 » (médecine curative, préventive, santé au travail).

En retour, et du point de vue des employés, cette subordination des médecins vis-à-vis de leur Direction, qu'elle soit formelle, réelle et/ou supposée, accroît leur pouvoir. L'autorité morale des employeurs sur leurs employés se renforce, par l'instrument des médecins. La distinction entre l'autorité du médecin et l'autorité de l'employeur n'est pas nécessairement perçue. Des exemples d'employés se présentant directement à leurs directeurs de ressources humaines ou à leur directeur général en outrepassant le médecin afin d'exposer leurs maladies et de bénéficier de quelques protections ou avantages financiers ont été relatés. Les employés participent ainsi à la reproduction d'un système de protection - obéissance propre au système pastoral (ou paternaliste), c'est-à-dire, d'un système de pouvoirs qui a pour vocation de conduire, de guider et de prendre en charge l'existence des individus dans leurs détails, en les contraignant en retour à une obéissance sans réserve³³³.

L'autorité sociale du médecin

De la même manière qu'au sein de la société, les médecins jouissent d'une autorité liée à leur statut social. Cependant, la force de cette autorité dépend du niveau de qualification et du statut social des employés dont il a la charge. Au sein des entreprises enquêtées, celle-ci s'est davantage révélée au sein des secteurs agricoles (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), industriels (8, 11, 12, 15, 16, 17), d'anciennes sociétés d'Etat de services (20) ou d'entreprises « familiales » au personnel restreint (18 et 25), où se déploie un pouvoir de type « pastoral ». Le médecin de l'entreprise 11, qui emploie une main d'œuvre composée d'environ 50% d'ouvriers, illustre ce type d'autorité :

³³² Le *nouchi* est une langue populaire en Côte d'Ivoire et hybride (un mélange de dioula, bété, baoulé, français, anglais, allemand, etc. et de mots créés de toutes pièces), qui a été créé au sein des classes populaires abidjanaises à la fin des années 1970, pour ensuite se développer et se propager par l'ensemble des classes sociales de Côte d'Ivoire, voire d'Afrique de l'Ouest.

³³³ Pour rappel (définition énoncée au Chapitre 3) : le pouvoir pastoral a pour vocation de conduire, de guider et de prendre en charge l'existence des individus dans leurs détails, en les contraignant en retour à une obéissance sans réserve. Selon Foucault, « Le pouvoir pastoral a pour soin et tâche principale de ne veiller au salut de tous qu'en prenant en charge chaque élément particulier, chaque brebis du troupeau, chaque individu ». (Foucault 1994a). D'origine religieuse et chrétienne, cette forme de pouvoir s'est étendue à d'autres champs sociaux, tel que le champ étatique. Cette forme d'autorité est proche du « paternalisme » qui suppose qu'il est légitime qu'un acteur (public ou privé) décide à la place d'un autre acteur pour son bien propre (Dozon 2001, 41).

« Parce que comme je vous ai dit, c'est des ouvriers, donc ils gobent un peu ce qui sort de ma bouche, donc quand je leur dis 'il serait bon que tu le fasses' (...)

Et après ils reviennent vous voir ?

Systématiquement. Ils ne peuvent pas ne pas revenir. Systématiquement... Ils sont très disciplinés.

Parfois ils reviennent même avec l'enveloppe (*ndlr : des résultats*) fermée ! » (Médecin entreprise 11)

Cet extrait démontre une pratique fondée sur le couple d'un pouvoir pastoral bienveillant (« il serait bon que tu le fasses»), exercé en retour d'une obéissance qu'elle implique (« ils sont très disciplinés »).

A l'inverse, au sein d'entreprises employant une main d'œuvre plus qualifiée, tel que dans les secteurs des services (banques, télécommunications, assurances, énergie), ces écarts sont plus faibles, tant au niveau des savoirs (possibilité et capacité de s'informer par soi-même), que du statut social (main d'œuvre diplômée). Les campagnes de sensibilisation du VIH/sida témoignent de cette adaptation au niveau cognitif de la cible, *via* le recours à des professionnels et à des spécialistes (Professeurs du SMIT, experts du CIRBA), utilisant un langage scientifique et se distinguant des séances de sensibilisation de masse généralement observées pour la population générale. Les ressources économiques, sociales et cognitives induisent la création de relations de soins davantage fondées sur le mode contractuel, qui appelle le médecin à des ajustements afin de trouver un consensus avec son patient (Dozon 2001, 41). Plus largement, la force collective des employés constitue, en soi (et pas nécessairement organisée sous la forme de syndicats), un contre-pouvoir à l'autorité du médecin, incitant à l'auto-régulation de ses pratiques (2.4).

2.3. Les ressources organisationnelles : un lieu de captivité

Une meilleure accessibilité aux soins

En tant que lieu de *captivité*, l'entreprise privée dispose d'une population cible, permettant de réduire les problèmes liés à l'accessibilité géographique de la prévention et de la prise en charge du VIH/sida. En effet, la difficulté de quitter son lieu de travail pour se rendre à un centre de dépistage a été identifiée comme un frein important au dépistage (Ostermann et al. 2011; Jean et al. 2012). Aussi, dans une étude effectuée auprès des cliniques professionnelles de petites et moyennes entreprises (PME) au Zimbabwe, Corbett *et al.* ont montré que l'offre de dépistage effectuée directement sur le lieu de travail était plus efficace que celle référant les employés à l'extérieur (51% contre 4%) (Corbett et al. 2006). Par ailleurs, ce lieu de captivité permet de déployer des programmes de prévention auprès d'une population

cible, de manière régulière. Dans une étude effectuée auprès de 14 filiales du groupe Heineken, Van de Borgh t a ainsi montré que, dans un contexte où est proposé le dépistage continu en CDV, les pics de dépistage sont étroitement corrélés à l'organisation d'événements relatifs à la santé au sein de l'entreprise (campagnes intensives de prévention, campagne de vaccination de l'hépatite B des conjoints, check up médical pour les employés de plus de 40 ans, introduction du dépistage en *opt out* lors des visites médicales annuelles, lancement officiel du programme ARV, campagne de pairs éducateurs, promotion personnelle du DG, organisation de la « fête des brasseurs », témoignage à visage découvert). Cette étude a également montré qu'une offre régulière de dépistage au sein d'une même entreprise permet de dépister une proportion de plus en plus importante de personnes à un stade précoce, ainsi qu'une proportion de plus en plus importante d'individus séronégatifs (Van der Borgh t et al. 2010).

Un lieu de surveillance accrue

Le cadre institutionnel fermé de l'entreprise permet une surveillance diffuse et continue auprès d'une population « captive », effectuée par le médecin de manière directe, ou bien indirecte (par des individus lui relayant les informations). Tout d'abord, les médecins sont en contact régulier avec leurs patients : tant dans le cadre formel du centre médical, qu'en dehors de celui-ci, au sein des différents espaces de vie commune qu'offre l'entreprise (restaurant, bureaux, couloirs, etc.). Cette configuration leur permet d'opérer une surveillance continue et de les interpeler à différentes étapes potentielles de la maladie : incitation au dépistage, initiation de la prise en charge, réintroduction dans le circuit de la prise en charge en cas de rupture ou exhortation à informer le conjoint. Le médecin de l'entreprise 15 témoignait :

« Et donc, il peut m'arriver, par exemple, à la cantine, de voir quelqu'un que je connais, qui par exemple a maigri, ou bien que je vois avec des tâches sur tout le corps...Je lui dis 'passe me voir'. Donc il vient. » (Médecin entreprise 15)

Le médecin bénéficie également de relais d'information au sein de l'entreprise : des salariés qui pratiquent la délation à propos de leurs collègues, ou des responsables hiérarchiques qui alertent sur l'état de santé de membres de leur équipe. Ce médecin continuait :

« Ou bien c'est la hiérarchie ou bien c'est quelqu'un qui me dit 'ah, celui là, il n'est pas...voilà'. Mais y'a souvent de la délation aussi. Quelqu'un qui vous dit 'ah, lui il est tout le temps aux toilettes, et je le trouve pas clair, est-ce que vous ne pouvez pas... ?' je lui dis 'mais est-ce que toi même tu as fait ton test ? Pourquoi est-ce que tu le soupçonnes ? Parce que c'est ce que tu veux dire ! Ca veut pas dire qu'il est malade'. Donc on les protège comme ça » (Médecin entreprise 15)

De manière proactive, le médecin peut également convoquer un employé, en utilisant les informations précises qu'il a à disposition, concernant sa vie privée (téléphone, adresse), mais surtout en profitant de la « captivité » de l'employé à son poste. L'infirmière de l'entreprise 25 rendait compte de l'usage de la contrainte forcée que certains membres du personnel soignant des entreprises sont amenés à adopter, en dernier recours :

« C'est quand c'est positif que nous même on se déplace avec le malade, on accompagne le malade. Parce que tu vas dire 'voilà, ton tube faut partir...' Il n'y va pas ! Donc on essaie de le sensibiliser encore : 'voilà, voilà, ya des médicaments pour ça, viens on va partir, il va te donner un rdv aujourd'hui'. Il vient pas. Le 2^{ème} rdv : il vient pas... Donc le jour où il est au service en train de travailler, tu vas le prendre, tu causes avec lui, tu vas chercher son transport, vous prenez un taxi ou bien la voiture et vous partez et puis tu le confies au médecin. » (Infirmière entreprise 25)

La « captivité » est ainsi une opportunité qui facilite le travail des soignants et qui atténue les problèmes liés à l'observance qui demeurent un défi majeur des médecins du secteur public. En effet, les problèmes d'accès aux soins et les difficultés des patients à se libérer de leurs activités professionnelles ont été identifiés comme des obstacles majeurs à l'observance pour la population générale (Sow et Desclaux 2002). Le cadre de l'entreprise devient une opportunité pour un suivi adéquat, autant pour les soignés que pour les soignants.

Les risques de diffusion du statut : l' « épée de Damoclès » des programmes VIH/sida en entreprises

En tant que lieu de captivité, l'entreprise constitue également un *lieu de fusion*, où l'employé gère, dans un même espace, sa vie professionnelle et sa vie personnelle (santé, santé reproductive, vie sexuelle). Il est ainsi en proie au rejet lié à la stigmatisation et à la discrimination potentiels (Adeyemo et Ayinloye 2007; Sprague, Simon et Sprague 2011). La crainte de rupture de la confidentialité ou de diffusion du statut sérologique au sein de l'entreprise a généralement été identifiée comme un obstacle majeur au dépistage du VIH dans ce contexte (Day et al. 2003). C'est ainsi qu'au moment des premiers programmes d'accès aux ARV, certaines entreprises pionnières ont finalement « manqué » de patients³³⁴. Une employée d'une entreprise privée du Cameroun, qui avait découvert sa sérologie positive à la fin des années 1990 et qui était prise en charge en dehors de son entreprise, témoignait du

³³⁴ Par exemple, au sein de l'entreprise Alucam au Cameroun, alors que l'accord initial du programme Tricam, avec les laboratoires pharmaceutiques MSD et GSK avait prévu la fourniture d'ARV pour 40 patients en 1999, seulement 25 personnes étaient sous ARV en 2003. Ce phénomène a également été relaté en Afrique du Sud au lancement du programme de l'*Anglo American* (Brink et Pienaar 2007).

dilemme qui s'était présenté à elle au début des années 2000, entre bénéficier des avantages financiers de son entreprise et s'exposer aux réactions de l'ensemble de son milieu professionnel :

« J'en avais parlé à mon médecin (*ndlr : extérieur à l'entreprise*), et j'étais stressée parce que tous les mois, c'était pratiquement la moitié de mon salaire. J'avais ma famille qui m'aidait, et c'était 50% de mon salaire de cadre, le prix de mon médicament. Non, plus de 50%, c'était à peu près 70% de mon salaire de cadre à l'époque. J'étais vraiment stressée.

Donc mon médecin me dit « c'est pas la peine de stresser, ton entreprise donne des médicaments, et vas-y, vas les voir ». Je lui dis « c'est pas possible d'aller les voir, *tout le monde* va se moquer de moi ». Elle me dit « non, tu as le choix : soit tu y vas, on se moque de toi, mais tu as les médicaments et tu vis, tu t'occupes de tes enfants, soit tu n'y vas pas, on ne se moque pas de toi et puis tu meurs et tu n'as personne pour t'occuper de tes enfants ». Alors là, ça a été le déclic, je me suis dit, c'est logique, je n'ai qu'à y aller, ce n'est pas le regard des autres qui est important, c'est la vie de mes enfants ».

C'est donc dans une démarche de survie que cette employée a finalement consenti à prendre le risque de bénéficier des avantages proposés par l'entreprise. Ainsi, les privilèges offerts par l'entreprise ne représentent pas un contreponds systématique au contexte fusionnel (conjugué au caractère hiérarchique) de l'entreprise.

De l'accessibilité à la promiscuité et la familiarité

En premier lieu, le risque de la diffusion du statut d'un employé infecté par le VIH est lié à la configuration des locaux des centres médicaux des entreprises. La contiguïté des salles de consultation et des salles d'attente ainsi que l'absence de frontières entre les différents espaces peuvent empêcher la tenue de consultations permettant le respect de la confidentialité. Certains médecins rencontrés développent des stratégies pour pallier ces limites tant organisationnelles qu'usuelles : fermer la porte à clé durant les consultations, ne pas parler de patients devant d'autres patients, etc.. Toutefois, la promiscuité tant spatiale que personnelle des agents médicaux avec leurs patients demeure généralement un frein majeur. Le fonctionnement de l'infirmerie de l'entreprise n°14 est à cet égard illustratif des limites de la gestion de la santé dans un cadre familial (cf. Encadré 34).

Encadré 34 Etude de cas : entreprise n°14. Une santé au travail de proximité et de promiscuité

L'entreprise n°14 est une filiale d'une firme multinationale française qui mène des activités dans le secteur de la distribution (secteurs d'activités II et III). Son personnel est constitué d'environ 800 employés, à majorité masculine (83%) et composé de cadres (8%), agents de maîtrise (30%) et ouvriers-employés (62%). Ses activités sont réparties sur 4 sites à Abidjan (Treichville et Yopougon), disposant chacun d'un minimum sanitaire variable (infirmier, visites d'un médecin vacataire). Les activités médicales sont concentrées et centralisées au sein de son infirmerie principale, où l'infirmier chef y mène des consultations et activités administratives quotidiennes et qui ont fait l'objet d'une observation particulière³³⁵. L'infirmerie de l'entreprise est située dans le contexte d'une offre de santé publique disponible.

L'infirmerie est un local exigu, composé de deux pièces : un bureau pour le médecin, où sont stockés les médicaments de 1^{ère} nécessité et le bureau de l'infirmier où se déroule l'essentielle de l'activité (cf. photo). Une petite salle d'attente est prévue à l'extérieur, mais dans la pratique, n'est pas utilisée comme telle : les patients attendent dans le bureau de l'infirmier, abritant jusque six ou sept personnes en même temps, chacun assistant et pouvant participer aux consultations des autres. Eventuellement, le bureau du médecin peut être utilisé pour assurer des consultations privées, ce qui est très rare. L'infirmier peut également baisser la voix lorsqu'il s'agit de problèmes intimes, le bruit des conversations couvrant alors partiellement leurs échanges. Généralement, un climat de forte convivialité y règne. Les patients qui attendent donnent leur avis sur les auscultations des autres patients, faisant émerger des discussions sur la santé et leurs problèmes personnels. Les employés blaguent entre eux et peuvent échanger à propos de leur travail. L'infirmerie est un lieu de mixité sociale, où se côtoient employés, ouvriers et agents de maîtrise, à l'exclusion des cadres, qui ne se sont pas présentés lors de la semaine d'observation. L'infirmier entretient des relations amicales avec les employés, dont les échanges débordent sur leurs vies privées respectives. Il peut également être amené à effectuer des « petits arrangements » auprès de certains agents, concernant les déclarations auprès des assurances, dans une relation d'échanges de services.



Bureau de l'infirmier

Cette promiscuité, tant matérielle que personnelle, peut devenir un obstacle dans la gestion de la santé des patients, et notamment en matière de VIH/sida. La proposition

³³⁵ Cette étude de cas se base sur une enquête effectuée au sein de l'entreprise n°14, du 11 au 15 mars 2013. Le système médical est géré par la Clinique du Manguier. Son organisation est centralisée au sein du site 1, avec la présence d'un infirmier chef permanent, et où se tiennent des consultations quotidiennes effectuées par un médecin vacataire. Mes observations et échanges ont particulièrement porté sur le fonctionnement de son infirmerie du site 1 (organisation des consultations, interactions des relations de soin et des relations entre collègues). Des entretiens ont également eu lieu avec le DRH, le médecin vacataire, le médecin responsable de la clinique partenaire, la présidente d'une association de femmes employées. J'ai également assisté à une séance de sensibilisation au VIH/sida organisée par le CIRBA, avec le témoignage de femmes vivant avec le VIH de l'association Amepouh.

d'un test rapide au sein de l'infirmierie était en voie d'initiation au moment de l'enquête, et quelques réactions de rejet ont été observées, face à la trop forte proximité affective qui lie le soignant à ses patients. A titre illustratif, alors que l'infirmier chef informait une employée de cette opportunité prochaine de lui proposer son dépistage, celle-ci s'exclamait : « Mais je te connais ! T'es de la famille ! ».

Cette fusion (travail/santé ; privé/public), a été favorisée par le type de médecine qui s'est développée de manière minimale (bien que réglementaire) au sein de l'entreprise n°14, où l'infirmier y cumule, sans disposer d'une formation adaptée ni du temps nécessaire, diverses fonctions. Il gère un volet curatif minimum (consultations de 1^{ère} nécessité, renouvellement d'ordonnances) et occupe une large part de son temps au volet administratif (gestion des remboursements de l'assurance santé, administration des arrêts de travail et arrêts maladies). Cette médecine d'urgence et de promiscuité s'exerce au détriment d'autres responsabilités davantage orientées sur la prévention et la planification dont il a théoriquement la charge, à savoir quelques activités de médecine du travail (visites médicales annuelles, centralisation et harmonisation de l'activité médicale des différents sites, *reporting* des activités médicales non effectué depuis 2007) et de prévention en santé publique (coordination et animation des activités VIH/sida, largement externalisées au CIRBA).

En second lieu, si l'entreprise choisit d'avoir recours à des spécialistes du VIH (personnel médical³³⁶ ou paramédical³³⁷) pour suivre leurs agents infectés, et que ceux-ci sont identifiés comme tels par les employés, ceci engendre une suspicion systématique à l'égard de leurs patients. Les entreprises privées qui choisissent d'internaliser la prise en charge du VIH/sida sont ainsi face à un dilemme intrinsèque à leur contexte : celui du choix entre la spécialisation des activités VIH faite au détriment de la confidentialité, ou celui de la généralisation du personnel formé au VIH, au détriment d'une expertise technique fine³³⁸.

Risques de rupture du secret médical et de diffusion du statut sérologique

Le Schéma 8 représente la diversité des niveaux de risques de rupture de la confidentialité en entreprises. L'importance du nombre d'acteurs impliqués dans la prise en charge des patients accroît le risque (ou la perception du risque) de la diffusion des informations médicales confidentielles. Au cours des différentes étapes de la prise en charge d'un employé (dépistage, analyses médicales, consultations de suivi, délivrance des traitements, remboursement des frais médicaux), de nombreux acteurs sont susceptibles d'avoir accès à des informations médicales. Tout d'abord, il s'agit de l'ensemble d'acteurs du pôle médical de l'entreprise, médicaux ou non médicaux : médecin, infirmier, aide-soignant, assistante sociale,

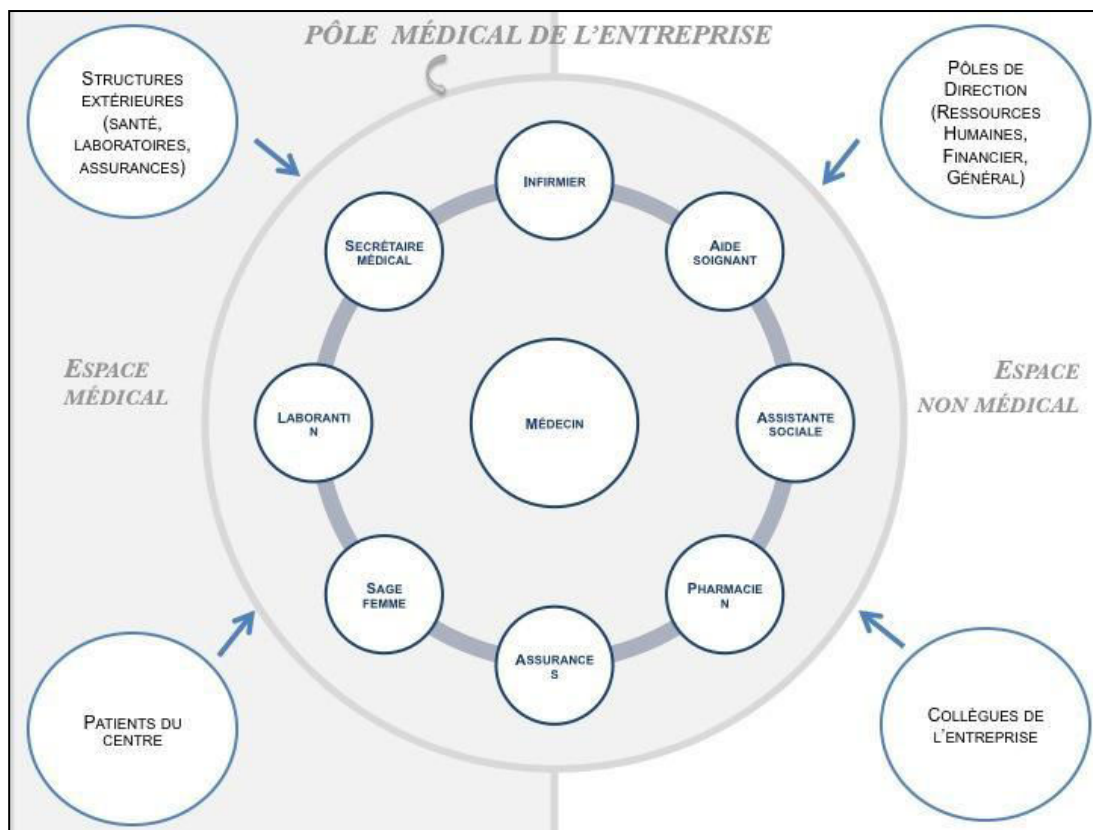
³³⁶ Comme cela a été le cas pour les entreprises n°8 et n°27.

³³⁷ Exemple de l'entreprise n°4.

³³⁸ Alors que dans le modèle initial, les médecins d'entreprises chargés d'une prise en charge en interne, étaient appelés à participer aux comités thérapeutiques du Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT), cette disposition est, aujourd'hui, non effective (manque de temps, connaissances acquises sur le VIH/sida).

pharmacien, chargé d'assurances, laborantin, secrétaire médical. Ensuite, les patients du centre de l'entreprise sont susceptibles de diffuser des informations dont ils seraient témoins au cours de leurs consultations, et notamment auprès de leurs collègues. Aussi, les pôles de Direction (ressources humaines, financier, général) peuvent être impliqués, en tant que supérieurs hiérarchiques du centre médical ou dans la gestion des assurances santé. Enfin, les structures extérieures (structures de santé, laboratoires d'analyse, compagnies d'assurances) concernées dans le processus de prise en charge représentent encore un risque supplémentaire, malgré le principe de la confidentialité médicale.

Schéma 8 Les différents risques de diffusion de l'information médicale au sein de l'entreprise



Source : auteure

Or, selon certains acteurs médicaux, le VIH/sida a participé à un effort d'anonymisation des dossiers médicaux. Néanmoins, celle-ci n'était pas généralisée au sein des entreprises rencontrées, pouvant ainsi être à la portée de nombreux individus extérieurs à la prise en charge du patient (personnel technique, personnel de santé non impliqué dans le secret médical, personnel extérieur au centre de santé). De la même manière, alors que le VIH/sida a

poussé au développement d'une culture de la confidentialité, il demeure deux obstacles majeurs : diversification des personnes impliquées dans le processus non initiées au secret médical et porosité des frontières du personnel soignant avec les acteurs non médicaux. La vulnérabilité des patients est ainsi accrue. Si en acceptant une prise en charge par l'intermédiaire de leur employeur, les employés d'entreprises bénéficient de conditions privilégiées, cela implique en contrepartie de consentir implicitement à renoncer à une partie de leur maîtrise sur leurs informations personnelles.

Au sein du pôle médical des entreprises, dans un contexte qui abrite un ensemble d'acteurs (médecin, infirmier, aide soignant, assistant social, pharmacien, sage femme, laborantin, assurances, secrétaire médical), les responsables sont confrontés au dilemme du secret médical partagé. Avec d'un côté, l'option d'un partage restreint qui a pour corollaire le risque d'une trop forte personnalisation de la prise en charge ; et de l'autre côté, l'option du partage élargi, avec une qualité de prise en charge accrue, de meilleures précautions prises par le personnel soignant, mais le risque accru de la diffusion des informations. Si les médecins, voire les infirmiers sont généralement inclus, les tensions se posent au niveau du personnel moins qualifié, tels que les assistants sociaux ou les aides soignants. Au final, c'est la confiance des employés envers le système médical qui est compromise. Par exemple, le médecin de l'entreprise n°11 qui a fait le choix d'un secret médical restreint entre le médecin, une infirmière et le pharmacien expliquait :

« Non ça a été difficile, parce qu'en entreprise, c'est pas évident, les gens ne savent pas si tu vas garder le secret médical. Ils ne savent pas quel est le regard...Même là aujourd'hui dans la maison...Il n'y a que nous trois : en fait je n'ai pas voulu que tout le monde s'implique. Parce que quand le collaborateur commence à savoir que tout le monde peut le dépister, il n'est pas à l'aise » (Médecin entreprise 11)

Le manque de précautions des agents du pôle médical, conjugué à leur proximité sociale avec les autres employés de l'entreprise, représentent des risques de divulgation, réels ou anticipés, à l'ensemble de l'entreprise. De plus, l'absence de confidentialité par le service des assurances santé, non formés au secret médical et non soumis à la déontologie médicale, a également été relevée par plusieurs entreprises comme un frein majeur. Si la verticalisation des remboursements maladie à travers les Fonds Sida a constitué une réponse à cette question, elle souligne les failles intrinsèques du dispositif médical des entreprises. De la même manière, auprès des compagnies d'assurances extérieures, la difficile conservation de la confidentialité par ses salariés a conduit une des compagnies rencontrée à une gestion

différenciée du VIH/sida, avec l'identification d'une personne ressource, jouant le rôle d'intermédiaire entre les entreprises et le CIRBA³³⁹.

Par ailleurs, le partage des informations entre les structures de santé extérieures (médicales et laboratoires d'analyse) et le personnel médical de l'entreprise peut également se faire au détriment des patients concernés, qui ne souhaitent pas informer le médecin de leur entreprise de leur statut. Par exemple, l'expérience d'un employé d'entreprise infecté par le VIH/sida³⁴⁰ témoigne des différents niveaux de risque de rupture de la confidentialité et de la vulnérabilité des employés face à ce dispositif (cf. Encadré 35).

Encadré 35 Étude de cas : Employé Mr F. Ruptures multi-niveaux du secret médical

Mr F. est un jeune cadre, employé dans une entreprise de services à Abidjan depuis 2000. En 2013, alors qu'il effectue son test de dépistage du VIH auprès d'un laboratoire d'analyse extérieur à son entreprise, celui-ci se révèle positif. Le laboratoire d'analyses informe alors, sans son accord, son médecin d'entreprise, qui informe lui-même le Directeur des ressources humaines. Celui-ci le convoque dans le but d'effectuer des examens complémentaires. Au moment de l'entretien, alors que Mr F. dit ne pas percevoir le VIH/sida comme une maladie particulièrement difficile, il craint davantage l'utilisation possible de cette information, dans un environnement de travail perçu comme hautement hostile :

« Dans une entreprise en Afrique, l'entreprise c'est comme la jungle. Vous voyez, je vous dis la vérité ! Ces personnes sont prêtes à marcher sur d'autres pour avancer. Et le simple fait d'un résultat de sida détruit mon travail. Dans l'environnement du travail où je suis actuellement. Donc porter cette information sur ma sérologie à la connaissance de ces personnes, c'est comme détruire mon travail. Voilà pourquoi je ne veux pas qu'ils soient informés »

S'il souhaite porter plainte contre le laboratoire d'analyses médicales ainsi que contre le médecin d'entreprise, il manifeste son pessimisme. Non seulement le rapport de force inégalitaire amoindrit ses chances de réussite d'un procès (coût des avocats, investissement personnel, absence de soutien des syndicats) mais également, la trop forte publicisation de cette information pourrait au final se retourner contre lui et effectivement le conduire au licenciement.

Au sein de la population générale, les risques de rupture de confidentialité et de diffusion du statut ont toujours été identifiés comme des obstacles majeurs à la prise en charge des individus séropositifs. Ces derniers ont ainsi pu être amenés à mettre en œuvre des stratégies d'évitement non rationnelles d'un point de vue économique, tel que le choix d'une structure de santé éloignée. Pour autant, ces risques redoublent d'intensité pour les employés des grandes entreprises privées. Dès lors, dans un contexte de faible maîtrise informationnelle que

³³⁹ Centre intégré de recherche bioclinique d'Abidjan.

³⁴⁰ Employé rencontré au SMIT, le 14 janvier 2013.

constitue l'entreprise, les privilèges offerts (assurance maladie, dépistage de laboratoire, suivi rapproché) peuvent se transformer en autant de risques.

2.4. Les ressources réglementaires

A travers les visites réglementaires (embauche, annuelles, retour de congé, corps professionnels) destinées à évaluer l'aptitude au travail des salariés, les médecins d'entreprises disposent d'instruments spécifiques et efficaces leur permettant : d'un côté de systématiser, d'organiser et de planifier la gestion du capital humain et de l'autre, de contraindre, de contrôler et d'obliger les employés à coopérer.

L'utilisation des outils de la médecine du travail pour proposer le dépistage du VIH suscite un vif clivage parmi les praticiens rencontrés. Ceux qui y sont favorables mettent en exergue son opportunité d'atteindre de manière systématique l'ensemble des employés ; tandis que ceux qui s'y opposent dénoncent une incompatibilité intrinsèque entre ce cadre légal et obligatoire, et la tenue d'un dépistage qui est supposé être volontaire, éclairé et confidentiel. Par ailleurs, dans la mesure où c'est dans ce cadre que le dépistage systématique à des fins discriminatoires était effectué aux premiers temps de l'épidémie, ce cadre suscite de vives réticences. Un fort travail de communication et de mise en confiance est ainsi nécessaire afin de transformer ces visites réglementaires en une opportunité de dépistage préventif.

Il existe trois types de visites réglementaires pouvant se transformer en opportunité de dépistage : l'embauche, la visite médicale annuelle, et les visites de contrôle d'aptitude des agents régulièrement malades (cf. législation 1967).

Le tabou de la visite d'embauche

La proposition d'un dépistage systématique à l'occasion de la visite d'embauche est quasiment unanimement réprouvée par les acteurs d'entreprises interrogés. En effet, au cours de cette visite, les rapports de force entre l'employeur et le candidat à l'embauche sont d'une asymétrie telle que la possibilité de promouvoir cette visite comme une opportunité de dépistage thérapeutique est pragmatiquement peu envisagée. Le candidat est en position de forte vulnérabilité, dans un contexte où le secteur privé formel ne représente que 4,9% des emplois (Agepe 2013). Deux entreprises rencontrées (n°1 et n°25) ont cependant révélé, à demi-mots, l'utilisation de la visite d'embauche pour effectuer un dépistage à visée

thérapeutique³⁴¹. Plusieurs sources ont affirmé l'usage d'un dépistage du VIH systématique à l'embauche, sans pouvoir spécifier s'il était effectué à des fins thérapeutiques ou discriminatoires³⁴². Par ailleurs, bien que cette information reste dissimulée et difficile à prouver, il semblerait que des pratiques d'un « écrémage »³⁴³ des employés infectés par le VIH persiste à l'embauche, c'est-à-dire d'un dépistage discriminatoire et ce notamment pour des entreprises par ailleurs engagées dans la prévention et la prise en charge de leurs employés³⁴⁴.

Le clivage autour de la visite médicale annuelle (VMA)

Au cours des enquêtes, un fort clivage s'est dessiné autour de la question de l'utilisation (ou non) de la visite médicale annuelle (VMA) pour proposer un dépistage du VIH systématique et préventif. Cette question a opposé deux camps, composés chacun de médecins d'entreprises et d'acteurs de la lutte contre le VIH/sida (coalitions, professionnels de santé, ONG, associations). Il ne s'agit pas d'une « controverse », dans la mesure où cet enjeu n'a pas donné lieu à des débats publics. Cependant les tensions suscitées autour de cette question épineuse sont particulièrement révélatrices des limites à appréhender l'entreprise comme un lieu équivalent aux structures de santé publiques ou communautaires.

Certaines entreprises ont fait le choix d'utiliser et d'assumer l'utilisation des visites médicales annuelles (VMA) comme une occasion de dépistage préventif acceptable³⁴⁵. Cette visite médicale annuelle représente une opportunité unique afin de proposer le test à l'ensemble des employés (*dépistage universel*), et ce de manière régulière (*dépistage répété*), permettant un dépistage précoce, peu coûteux et banalisé. Cependant, certains praticiens s'y opposent fermement pour des raisons éthiques, institutionnelles et symboliques.

³⁴¹ Par exemple, dans le cas de l'entreprise n°25, tandis que le DRH n'en a pas fait mention lors de l'entretien, c'est l'infirmière, au discours moins filtré, qui me l'a dévoilé. C'est ainsi que, selon elle, sur les 15 patients pris en charge par l'entreprise, 10 sont des employés qui ont été dépistés à un stade avancé, au détour d'une infection opportuniste, tandis que 5 sont des employés dépistés au moment de la visite d'embauche, à un stade précoce.

³⁴² Médecins d'entreprise ou hors entreprises, candidats à l'embauche.

³⁴³ Ces pratiques d'exclusion des individus aux risques sanitaires élevés sont généralement rapportées à des acteurs financiers, telles que les compagnies d'assurances (Drechsler et Jütting 2005).

³⁴⁴ Selon un médecin engagé dans la lutte contre le VIH/sida au sein de différentes entreprises.

³⁴⁵ Il s'agit des entreprises 1, 6, 9, 12, 13, 15, 20, 23, 24 et 29. Certains médecins utilisent cette occasion pour sensibiliser et référencer les patients dans des structures extérieures ; d'autres y proposent directement le dépistage, tout en séparant cet examen des autres bilans ; d'autres l'incluent totalement, sans faire de distinction, voire l'incluent en *opt out*.

Tout d’abord, en s’appuyant sur des arguments éthiques, ils dénoncent une incompatibilité de principe entre un dépistage supposé « volontaire » et le caractère obligatoire de la visite systématique annuelle. Celle-ci empêcherait, *de facto*, la tenue d’une activité libre et ce, quelles que soient les modalités de proposition du test, les intentions des médecins ou les précautions prises par l’entreprise. L’infirmier chef de l’entreprise n°14 déclarait ainsi :

« *Est-ce que vous proposez le dépistage au moment des visites médicales annuelles ?* »

Non, nous n’y pensons pas ! Parce que le test du VIH est d’abord volontaire. Si la personne ne veut pas, c’est la loi » (Infirmier entreprise 14)

Ensuite, le rejet ou l’adhésion des acteurs à cette stratégie est fortement corrélée aux réseaux de médecins extérieurs dans lesquels ils sont insérés. Par exemple, le Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT), une structure de santé publique, promeut le dépistage pendant la VMA à ses entreprises partenaires, suivant une rationalité de santé publique qui met l’accent sur sa banalisation et sa systématisation. Tandis que le CIRBA, un centre de santé semi-privé, préconise son externalisation et le maintien d’une offre verticalisée, dans la mesure où l’offre de dépistage et de prise en charge du VIH/sida aux entreprises privées fait partie de ses activités commerciales, génératrices de revenus. En étant une entreprise partenaire du CIRBA, l’infirmier chef de l’entreprise n°14 reflétait ainsi cette position.

Enfin, la proposition d’un dépistage au cours des VMA peut être évitée par le médecin pour des enjeux symboliques, à des fins de communication interne. Afin de pallier les risques passés, liés au contexte de fortes inégalités structurelles de l’entreprise et à la possibilité toujours latente d’abus de pouvoir, certaines entreprises rejettent cette possibilité de dépistage, se défendant ainsi de tout soupçon. Ainsi, à la suspicion larvée de pratiques de dépistage cachées (passées ou actuelles), elles opposent un langage de clarté, de séparation et de transparence. A propos de l’importance de l’image de l’entreprise, le médecin de l’entreprise n°28 déclarait :

« *Est-ce que vous avez envisagé le dépistage au cours des VMA ?* »

Ya certaines entreprises qui le font. Ca m’a été suggéré par certains confrères, et j’ai refusé. Par rapport à l’image que j’ai donné dans cette institution, à savoir que le code du travail impose le bilan annuel comme une activité qui fait partie des droits du travailleur. Donc c’est une activité légale ! A côté de cela, y’a une activité qui est volontariste, c’est-à-dire le dépistage qui doit être éclairé ! Madame, je ne mets pas les moutons et les cabris ensemble. Donc chaque fois que ça m’a été suggéré, j’ai balayé ça » (Médecin entreprise 28)

La confusion que générerait l’envoi de ces deux messages contradictoires affaiblirait ainsi l’entreprise de communication exercée auprès des employés, ainsi que leur confiance. Le recours à des structures extérieures et professionnelles a ainsi constitué un moyen

pragmatique et rhétorique clair pour promouvoir un dépistage éclairé, volontaire et confidentiel.

Cette configuration a priori antagonique, où un dépistage *volontaire* est proposé au cours d'une visite *obligatoire* n'est pas spécifique aux entreprises privées. Par exemple, elle se retrouve lors de la visite prénatale qui est théoriquement obligatoire en Côte d'Ivoire³⁴⁶. Ou au sein de certaines prisons, comme la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (MACA) où une proposition de dépistage volontaire a été instaurée lors de la visite d'incarcération des nouveaux détenus dans le cadre d'un projet initié par Esther (groupe d'intérêt public français)³⁴⁷. Or, pour ces deux cas, cette contradiction apparente est rarement remise en cause dans un contexte d'accessibilité des traitements : dans le premier cas, parce qu'il en relève de la santé de l'enfant ; dans le 2^{ème} cas, dans la mesure où cet accès à la santé peut être perçu comme une chance pour des populations généralement défavorisées et peu en contact avec le système de santé extérieur (Marcis 2014; Trouillard Perrot 2007). Dans ces deux cas, ce sont les raisons de santé publique qui priment.

Pour les entreprises privées, au fur et à mesure que l'employé accumule de l'expérience et fait l'objet d'investissements de la part de son entreprise, l'asymétrie du rapport de force employé-employeur tend à se rééquilibrer. Dès lors, à la différence de la visite d'embauche, la proposition d'un dépistage volontaire au cours de la VMA à des fins thérapeutiques devient possible. Cependant, la vive contestation que suscite cette tension obligatoire/volontaire parmi certains de ses détracteurs, met en exergue la pression encore forte que font peser les risques de violation des droits humains en entreprises. Elle montre que l'exceptionnalité du VIH/sida est encore une réalité au sein de cet espace professionnel.

³⁴⁶ Il existe quatre consultations obligatoires pour les femmes enceintes : celle d'avant le troisième mois, celle d'avant le sixième mois, celle qui se situe entre le septième et le huitième mois, puis la dernière, à partir du neuvième mois.

³⁴⁷ A la Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (MACA), qui concentre 50% des prisonniers de Côte d'Ivoire, le taux d'acceptation s'est ainsi élevé à 74% (novembre 2008 – mars 2010), <http://vih.org/sites/default/files/Poster-%20IAS-MACA.pdf> (consulté le 16 septembre 2014).

Une utilisation approfondie de la médecine du travail : le cas de l'entreprise 8

Le cas de l'entreprise n°8 illustre la manière dont la médecine d'entreprise en contexte africain constitue un dispositif de mise en œuvre de stratégies de « santé publique en miniature » à la fois contraignantes et efficaces.

Les médecins de l'entreprise n°8 ont mis en place une politique originale. Ils ont fait le choix d'appliquer de manière systématique les dispositions de contrôle de la médecine du travail, afin d'identifier, de diagnostiquer et possiblement de traiter les employés régulièrement absents et probablement atteints de pathologies chroniques. Les caractéristiques de l'entreprise ainsi que les modalités de cette stratégie sont détaillées dans l'

Encadré 36.

Encadré 36 Étude de cas : entreprise n°8. Modalités pratiques d'un programme de "santé publique en miniature"

L'entreprise n°8 est une entreprise parapublique du secteur industriel implantée sur un site unique à Abidjan. Elle emploie un nombre élevé d'employés (1700, dont 400 femmes). Son centre médical est particulièrement important : il dispose de 6 médecins (médecine générale, médecine du travail, médecine dentaire et autres spécialistes), d'une pharmacie interne, d'un laboratoire d'analyses, d'une radiologie et d'un service administratif. Ce centre est ouvert, de 7h30 à 18h30, aux employés de l'entreprise (contrats à durée indéterminée et déterminée), ainsi qu'à leurs ayants droits.

Etant donné la diversité des médecins, ceux-ci n'ont pas les moyens d'opérer un suivi continu sur leurs patients. Selon eux, il s'agit d'un obstacle à leur pratique médicale, qui les empêche notamment d'avoir une visibilité claire sur les patients atteints de maladies chroniques. Ceux-ci peuvent en effet cumuler des arrêts de travail en faisant appel, de manière alternée, à des praticiens différents. Ces patients peuvent ainsi être en congé maladie sur une longue période, en fragmentant leurs arrêts de travail. Un des médecins de l'entreprise témoignait :

« Quand on n'avait pas bien formalisé la médecine du travail, on était en sous information grave ! Vous avez des agents qui pouvaient ne pas venir travailler pendant 3 mois ! Vous avez des agents qui ne venaient pas travailler pendant 2 mois ! Et qui sont en maladies chroniques, et des maladies évidemment infectieuses tropicales, mais comme y'a pas cette contrainte de la loi avec la médecine du travail, ils passaient à travers le filet. Mais en remettant la médecine du travail au cœur de la prévention, voilà... »

Ces patients atteints de maladie chronique ne pouvaient ni être diagnostiqués, ni être traités et faisaient supporter au final un coût élevé à l'assurance de l'entreprise ainsi qu'à leur employeur. C'est ainsi que les médecins de l'entreprises ont fait le choix de se saisir des dispositions réglementaires de la santé et sécurité au travail, telle que présentes dans la législation de 1967, qui obligent un contrôle médical des individus, à partir du franchissement d'un certain seuil de jours d'absence. Ils ont donc entrepris un travail systématique de mise en ordre et de recoupement des arrêts de travail et des congés maladie des employés. Cela leur a permis d'identifier ceux qui étaient régulièrement absents (pour des hospitalisations longues durées ou des congés de courte durée répétés) et d'effectuer des tests approfondis, afin de poser un diagnostic sur la cause profonde de leurs absences.

Cette démarche a inclus un ensemble de pathologies chroniques, telles que le VIH/sida, l'hypertension artérielle (HTA), les hépatites, la tuberculose, englobant des infections transmissibles et non transmissibles. Ainsi, cette politique ne s'est pas focalisée sur le VIH/sida, mais l'a incluse, au même titre que toutes les autres pathologies chroniques. Si l'individu présente des symptômes, son dépistage sera effectué à cette occasion, revêtant ainsi une forme obligatoire.

Médecine du travail et banalisation du VIH/sida

En s'appuyant sur la médecine du travail, les médecins se positionnent pleinement au cœur d'une approche banalisant le VIH/sida. Le VIH/sida représente avant tout une maladie chronique. Il ne s'agit plus de diagnostiquer le VIH à des fins discriminatoires, mais d'établir un diagnostic sur l'expression de la maladie au cours de l'infection à VIH, afin d'évaluer l'aptitude au travail et de proposer un traitement adapté. Selon le médecin, la séropositivité n'est pas corrélée en soi à l'inaptitude au travail, mais l'infection opportuniste non traitée peut le devenir.

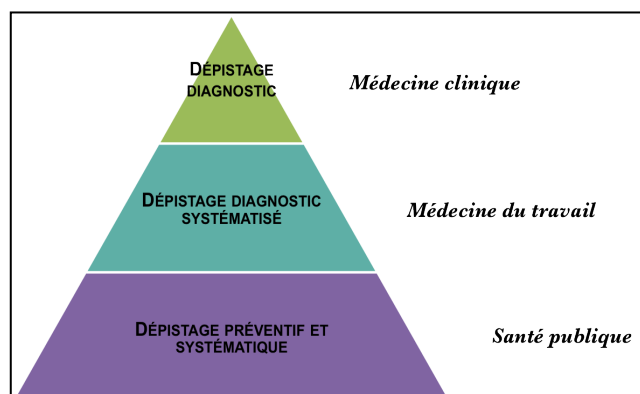
Le médecin chef défend ainsi sa « souveraineté » dans le choix des éléments qui participent à la validation d'un état de santé compatible avec le travail, c'est-à-dire de l'aptitude de l'employé. En se focalisant sur l'optimalisation du capital humain de l'entreprise, cette approche bioéconomique s'oppose au régime d'exception qualifié de « dictatorial » du VIH/sida.

« Et moi en tant que médecin, étant partisan du dépistage diagnostique obligatoire... Moi je sais pas pourquoi, je vais faire des tonnes et des tonnes pour savoir ce qu'un malade a. Que je dise au malade qui n'a rien 'écoute, fais ton dépistage' (donc dépistage volontaire), je comprends ! Mais à partir du moment où le malade pose une question diagnostique, je ne vois pas pourquoi la recherche du VIH serait plus accompagnée que du diabète ou d'autre chose ! Parce que là ça devient un problème ! Parce que je ne fais pas signer un papier 'faites la glycémie' (rires). Je ne fais pas signer un papier pour prendre sa tension ! Ce que je fais usuellement... Alors pourquoi pour le VIH ? Donc il faut sortir de cette dictature »

Le médecin adopte un langage purement médical, s'extrayant de tout enjeu relatif aux droits humains. Le « tabou du VIH/sida » est encore identifié comme un frein majeur pour convaincre les décideurs à appuyer cette politique.

Par ailleurs, l'utilisation de cette disposition de la médecine du travail a donné naissance à la création d'un nouveau type de dépistage du VIH, spécifique au contexte de l'entreprise, que j'appellerai un « dépistage diagnostique systématisé », à mi chemin entre le dépistage diagnostique (il s'adresse à des individus malades) et le dépistage préventif (il est proposé de manière systématique à des individus régulièrement malades, mais qui ne sont pas nécessairement à un stade avancé de la maladie) (cf. Schéma 9). Ainsi, l'offre de « dépistage diagnostique préventif » s'adresse à un nombre plus important d'individus que les seuls patients dépistés dans un but diagnostique, et à un nombre plus restreint que la population générale ciblée par le dépistage préventif.

Schéma 9 Les différents types de dépistage en entreprises



Source : auteur

L'un des médecins de l'entreprise n°8 affirmait ainsi le grand apport des entreprises privées à la lutte contre le VIH/sida, par l'usage de sa médecine du travail contraignante :

« Donc, si c'est bien appliqué, si la médecine du travail en tant que telle est très bien appliquée, bien réglementée, les Etats comme nos pays feront une grande part de la lutte contre le VIH/sida dans le secteur privé. Parce que les sensibilisations, quand il n'y a pas une certaine forme de contrainte, c'est difficile. Vraiment le volontaire, strictement volontaire, c'est totalement aléatoire » (Médecin entreprise 8)

Les grandes entreprises privées se présentent ainsi comme des leviers à la systématisation et à la banalisation du dépistage du VIH.

Une stratégie fondée sur système de contrainte et d'obéissance

Comme le souligne l'extrait d'entretien, c'est la forme contraignante de la médecine réglementaire qui en constitue l'une de ses forces clés. Dans la mesure où les employés ont besoin du certificat d'aptitude délivré par les médecins pour réintégrer leur travail, ils se trouvent dans l'obligation de suivre les injonctions des médecins.

« Mais le drame, c'est qu'il a besoin du papier qui valide son aptitude au travail ! » (...) « Parce que vous et moi, le *dialogue*, c'est que je dois vous faire ce papier, pour que vous soyez en règle vis-à-vis de l'administration » (Médecin entreprise 8)

Ainsi, les outils de la médecine du travail soutiennent la pratique d'une médecine classique, en assurant une meilleure obéissance des employés :

« Nous, notre politique s'appuie plus (*davantage*) sur la médecine du travail qui nous permet de contraindre et de gêner les patients pour collaborer. Je pense que c'est une chose que les entreprises devraient pouvoir bien institutionnaliser » (Médecin entreprise 8)

Ainsi, la relation de soins est façonnée par des considérations extérieures à la prise en charge médicale et par les relations de subordination de l'employé à son employeur. Les objectifs du personnel médical et les attentes du patient sont distinctes : les premiers sont focalisés sur l'efficacité de la prise en charge et le second sur la préservation de son emploi. Or, il a été montré que cette inadéquation des attentes peut représenter un obstacle sur la qualité et l'efficacité finale de la prise en charge d'une maladie chronique (Pourette 2013).

Les usages sociaux de la réglementation : un outil au service des médecins

Pour leur part, les médecins mettent en avant le caractère « gagnant-gagnant » de cette stratégie fondée sur la médecine réglementaire. Premièrement, pour les employeurs, cette politique optimise leur force de production et anticipe les éventuels abus que des employés se risqueraient d'opérer au niveau des arrêts de travail. Deuxièmement, pour les employés, elle permet de prendre en charge leur santé de manière précoce et de les protéger des risques de licenciements pour cause de maladie. En surveillant leurs jours d'absence, les médecins leur

éviteraient ainsi de dépasser le seuil légal du nombre de jours d'arrêts maladie autorisés³⁴⁸. Et enfin, pour les médecins eux-mêmes. En effet, les médecins se sont saisis de la législation réglementant la santé et sécurité (SST), non pas parce que cela leur a été imposé par une quelconque volonté étatique extérieure, mais de manière volontaire. Cet instrument juridico-légal leur a permis d'asseoir leur propre légitimité dans un contexte professionnel où ils sont généralement marginalisés, en leur fournissant une base formelle et légitime pour organiser la médecine du travail. Or, si cet instrument a pu revêtir une certaine autorité auprès de leur employeur, ce n'est pas tant à cause des contrôles étatiques extérieurs, que pour des motivations symboliques. En effet, l'entreprise n°8 est engagée depuis 2006 dans une démarche qualité³⁴⁹ et de « développement durable »³⁵⁰, comportant un volet consacré à la santé et sécurité au travail (SST), notamment par l'élaboration d'une Charte, où elle affirme sa volonté à devenir une « référence internationale »³⁵¹ en la matière.

Si cette approche d'utilisation systématique de la médecine du travail est singulière au cas de l'entreprise n°8, en raison de l'ampleur de son pôle médical ainsi que de ses effectifs, elle souligne les usages possibles de ce dispositif médical. La médecine du travail possède ainsi de nombreux instruments : veille informative, « captivité », législation et dépendance économique pour assujettir les individus à l'ordre médical et au final, développer une « santé publique en miniature » efficace. Cependant, elle rencontre généralement un ensemble de contre-pouvoirs qui, dans la pratique, relativisent sa puissance effective.

2.5. L'auto-régulation de la « tentation coercitive »

Contre-pouvoirs internes et externes

Au sein de l'entreprise, les médecins sont particulièrement attentifs à la gestion des rumeurs, dans un contexte où « tout se sait » et au sein duquel leur réputation peut se faire et se défaire. Le champ lexical du « village » ou de la « famille » a pu être utilisé pour qualifier l'entreprise, soulignant une densité des relations sociales. Dès lors, étant donné la tradition de collusion entre le médecin et l'employeur et le maintien de leur dépendance institutionnelle vis-à-vis de

³⁴⁸ L'entreprise est autorisée à licencier un employé qui a moins de 5ans d'ancienneté, pour un dépassement de 6 mois d'arrêt maladie ; un dépassement de 10 mois pour quelqu'un qui a entre 5 et 20 ans d'ancienneté et un dépassement de 12 mois pour quelqu'un qui a plus de 20ans d'ancienneté.

³⁴⁹ Création de la Direction qualité en 2006, Certification de la Norme ISO 9001 en 2008.

³⁵⁰ Création de la Direction adjointe chargée de la culture d'entreprise et du développement durable (DA/CEDD).

³⁵¹ Selon son code de bonne conduite et sa charte managériale.

la Direction, leur prise en charge du VIH/sida exige de la parcimonie, de la subtilité et de la prudence. Des tests de laboratoire jugés plus fiables pourront être privilégiés, par rapport aux tests rapides, afin de minimiser le risque d'erreurs. Pour certains, le dépistage du VIH ne doit pas être proposé de manière trop abondante, dans le souci de ne pas effrayer les employés avec une offre saturée. L'expérience d'un médecin public et vacataire au sein de différentes entreprises (dont l'entreprise 27) illustre la manière dont les employés peuvent s'ériger en contre-pouvoir, désacralisant et éreintant le pouvoir médical (cf. Encadré 37).

Encadré 37 Etude de cas : entreprise n°27. La désacralisation du pouvoir médical en entreprises

Au sein de l'entreprise 27, une entreprise de télécommunications, un de ses médecins vacataires, infectiologue, avait prescrit un test de dépistage du VIH à un employé ayant développé un zona thoracique. Il lui avait spécifié qu'il avait 8 chances sur 10 que l'infection à VIH en soit la cause. Suite à un résultat négatif, il relatait la manière dont cet employé avait diffusé et déformé ses propos, nuisant à sa réputation :

« Oui, c'est très dangereux ! (...) Je lui ai dit non : quand on a un zona, ya 8 malchances sur 10 qu'on soit séropositif. Mais ça il ne comprend pas ça. Son test est revenu négatif, et il a raconté à tous ses collègues : 'le Docteur là, je fais un zona, il me dit que je suis séropositif. Voilà, on a fait mon test, c'est négatif !' »

Et après, il y a des patients qui vous en ont parlé ?

Ya quelques agents qui m'en ont parlé. Tu sais, ils parlent beaucoup en entreprise ! Ils parlent beaucoup.

Et comment vous avez eu ces retours là ?

Non, ce sont des collègues, des agents qui sont vers le centre médical, qui ne sont pas loin de là... leurs bureaux. Et je connais beaucoup de ces collègues et ils sont venus : « Docteur, c'est pas sérieux, tu as effrayé notre collègue. Tu dis qu'il est séropositif parce qu'il a eu un zona ». Bon ! Je n'ai pas eu à me justifier hein ! Je leur ai dit non, écoutez, c'est pas vrai. Et puis j'ai avancé hein ! »

La sacralité du savoir du médecin a ainsi été remise en cause, celui-ci étant ôté de son piédestal, en étant entraîné dans une confrontation discursive où sa parole a été discutée et critiquée.

Trois facteurs concourent à cette désacralisation du pouvoir médical en entreprises. Premièrement, de manière spécifique aux entreprises employant une main d'œuvre plus qualifiée, le niveau d'instruction de ses employés, leur accès à l'information (internet, médias) et leur capital culturel proche des médecins, leur permettent des échanges d'égal à égal et de diminuer la distance cognitive entre soignant et soigné. Deuxièmement, la proximité quotidienne du médecin avec ses patients qui, en occasionnant une familiarité, atténue la distance professionnelle et sociale. Enfin, la position minoritaire du médecin face à un groupe solidaire d'individus où le médecin, avec l'incursion d'autres collègues dans la relation de soins, peut perdre sa maîtrise informationnelle et sa posture de pouvoir. Cette situation s'oppose à ce qui a pu être observé dans les structures de santé classiques où les confrontations duales, voire la domination du corps médical (domination numérique, langage biomédical, maîtrise du timing et du processus) sont alors favorisées (Carillon 2013, 212). Le

contre-pouvoir classique des syndicats est généralement peu effectif sur cet enjeu de santé³⁵² : ils sont à la fois critiqués pour leur connivence avec la Direction, et davantage mobilisés sur les enjeux traditionnels (salaires, conditions de travail). C'est ainsi, en tant que corps collectif d'usagers (ou patients) que les employés représentent un contre-pouvoir informel à la pratique du personnel médical et paramédical. Ils limitent constamment la « tentation coercitive » du personnel médical et paramédical, qui se voit contraint de sonder l'humeur collective et de gérer la cohésion sociale, afin d'exercer leur pratique médicale dans des conditions optimales (Osty et Uhalde 2007, 78).

L'institutionnalisation progressive des médecins d'entreprises en corps professionnel est un des facteurs favorisant l'affirmation de ce contre-pouvoir. Dans le cas du VIH/sida, la forte mobilisation internationale a joué un rôle supplémentaire de contre-pouvoir extérieur. En effet, la collaboration avec un ensemble de professionnels et d'experts impliqués dans le VIH/sida a favorisé les échanges concernant cette maladie et les enjeux liés à la confidentialité. Ces intermédiaires ont favorisé la diffusion de normes auprès des médecins à propos de l'autonomie des individus : dépistage volontaire et promotion du patient comme un partenaire dans la relation de soins (cf. Chapitre 5). De plus, cette mobilisation collective dispose d'un pouvoir de condamnation publique des pratiques discriminatoires qui peuvent être rapidement relayées dans le pays, comme à l'étranger. Les médecins d'entreprises qui utilisent le dispositif médical de l'entreprise pour proposer le dépistage accroissent ainsi leur vigilance en étant régulés par ces mécanismes de contre-pouvoirs internes et externes.

Un pouvoir régulé : l'exemple de l'usage des visites médicales annuelles

Parmi les entreprises interrogées qui ont introduit le dépistage au cours de la visite médicale annuelle (VMA), une seule (l'entreprise n°1, du secteur de l'agroalimentaire) enregistre des taux d'adhésion proches de 100%³⁵³, selon une approche systématique d'un dépistage proposé en *opt out*. Dans le cas de cette entreprise, la légitimité de cette méthode s'explique par la

³⁵² Ce constat est ressorti des différents entretiens auprès de délégués syndicaux dont les revendications en termes de santé n'étaient pas élaborées ; des rencontres auprès de représentants de confédérations syndicales ; des entretiens auprès des médecins ; de la participation au séminaire organisé par l'association Aides en France, sur le VIH/sida en milieu du travail en Afrique francophone et qui réunissait notamment des syndicats.

³⁵³ L'entreprise n°1 présente un taux moyen de 63,5% de dépistage, mais avec des taux de 80%, 83% et 95,5% pour certains de ses sites, et des taux d'adhésion proches de 100%. Un des sites, qui enregistre un taux de dépistage de 2%, fait chuter la moyenne de l'entreprise.

faiblesse des contre-pouvoirs internes rencontrés, les employés étant essentiellement des ouvriers agricoles ou des employés.

La situation est toute autre dans des entreprises employant une main d'œuvre qualifiée dans le secteur des banques, de l'énergie, ou des télécommunications notamment. Le cas de l'entreprise n°9 illustre la manière dont le contre-pouvoir d'employés qualifiés tend à rééquilibrer l'asymétrie des relations opposant le corps médical et ses usagers (cf. Encadré 38).

Encadré 38 Étude de cas : entreprise n°9. Un dépistage « volontaire » au sein d'une visite « obligatoire » : dépasser les antagonismes

L'entreprise n°9 est une entreprise dans le secteur des services, pionnière dans la lutte contre le VIH/sida. Elle compte 62% de cadres et agents de maîtrise, pour 38% d'employés et ouvriers. Depuis 2007, dix années après le début de ses premières activités de prévention, elle a choisi d'introduire le dépistage au cours des visites médicales annuelles. Alors que cette pratique est relativement controversée dans le milieu des médecins d'entreprises pour son potentiel coercitif (*top down*), un de ses médecins interrogés justifiait ce choix comme d'une stratégie élaborée à partir des besoins des acteurs (*bottom up*), au sein de laquelle les médecins ne se sont présentés qu'en simple instrument de la volonté générale :

« Donc on a senti aussi le besoin chez nos collaborateurs de se faire dépister. On l'a senti, parce qu'ils avaient une bonne connaissance de la maladie, ils ont dédramatisé la maladie, ils n'avaient plus peur de la maladie. Y'en avait même certains qui étaient sous traitement, ils nous ont approché, pour pouvoir parler à visage découvert. Donc nous, en tant que médecins de l'entreprise, on a senti, on a su que nos collaborateurs avaient bien compris qu'il était temps de faire leur dépistage. Donc quand on a proposé, vraiment, ça s'est fait automatiquement ». (Médecin, entreprise 9)

Par ailleurs, non seulement cette modalité a émané de la base, mais dans la pratique courante, ce sont, selon le médecin, les employés qui sont à l'initiative du test et non l'inverse, opérant un renversement discursif des relations de soins habituellement asymétriques, en soulignant le pouvoir d'initiative des employés :

« Aujourd'hui je veux dire qu'au cours de toutes nos visites systématiques annuelles (parce que c'est au cours des visites qu'on fait ce dépistage là), les gens sans qu'on leur demande, c'est eux-mêmes qui le font. Ils disent : « ah, ben Dr, vous avez oublié de faire mon test là ». Donc c'est vraiment spontané ! C'est entré aujourd'hui dans la culture de nos agents. C'est systématique aujourd'hui » (Médecin, entreprise n°9)

Au final, le taux de dépistage des agents de l'entreprise était, selon un de ses médecins, de 27% en 2010, attestant du caractère non imposé du test durant les visites médicales annuelles : 2/3 des employés ont en effet disposé d'une marge de manœuvre pour refuser cette proposition.

Au final, et de manière paradoxale, le VIH/sida est devenu une opportunité de développement de relations de soins de type « partenariales », où l'information des patients et la transparence des médecins peuvent être valorisées. En amont, les médecins accentuent la communication informative à propos du déroulement des visites, des droits et des opportunités des employés. Durant les visites médicales annuelles, des mises en scènes sont élaborées afin de

communiquer sur la séparation, symbolique ou effective, du dépistage du VIH avec les autres bilans réalisés (temps à part, bulletin à part, prélèvement à part).

« Et au cours du bilan (parce qu'on fait un bilan sanguin annuel aussi), y en a qui viennent *volontairement* pour dire 'est-ce qu'on peut inclure le VIH ?'. Donc ya un certain groupe qui tous les ans, font leur dépistage. Mais j'avoue que je sépare ça du bilan parce que justement, je ne voulais pas que les gens pensent qu'on le fait à l'insu des agents. Juste pour vraiment avoir les idées claires dessus. (...) Donc *je donne mon accord*, mais je le fais sur un autre papier que sur celui du bilan pour ne pas qu'il y ait un malentendu » (médecin entreprise 15)

La relation soignant-soignés se trouve ainsi inversée : ce n'est plus tant l'employé, mais le médecin qui accepte d'effectuer le test de dépistage, après en avoir été « convaincu ».

Si les médecins d'entreprises disposent d'un ensemble de ressources favorisant l'exercice d'une santé publique efficace, celles-ci sont constamment freinées par divers contre-pouvoirs. Le renfort de l'autorité de l'employeur est précaire (marginalisation du médecin) et peut se transformer en soupçon de collusion entravant la confiance des patients. La proximité relationnelle et géographique qui unit le médecin avec ses patients peut devenir une menace pour des patients soucieux de s'assurer de la confidentialité de leur pathologie. L'avantage d'une population de patients captifs peut générer en retour une force collective de contestation. Et dans le cas du VIH/sida, la mobilisation collective constitue un contre-pouvoir extérieur aux pratiques médicales.

Le dispositif médical est profondément ambivalent : entre efficacité et préservation des droits humains. Dès lors, certaines entreprises ont choisi de contourner ces limites, en développant une offre de dépistage « verticalisée », c'est-à-dire, en la séparant du pôle médical et en ayant recours à des professionnels extérieurs.

3. La verticalisation du dépistage : l'illusion d'une alternative ?

L'appel à des structures extérieures afin d'organiser une offre de dépistage sur le site des entreprises constitue ainsi une tentative palliative pour contrer les risques de la médecine d'entreprise (tentation coercitive, confidentialité). Cependant, l'organisation de campagnes ponctuelles apporte-t-elle une réponse exhaustive aux problèmes structurels de l'entreprise ? Quels sont les effets produits d'une verticalisation du dépistage en entreprise ? Comment l'offre de dépistage « universelle » se greffe-t-elle sur une organisation fortement hiérarchisée ?

3.1. Les trois modèles de dépistage et de prise en charge du VIH/sida

Les acteurs rencontrés tendent à opposer de manière dichotomique le modèle de l'internalisation à celui de l'externalisation du dépistage et de la prise en charge du VIH/sida. Or, dans la pratique, trois modèles se sont dégagés de mes observations :

- 1) le *modèle de l'internalisation*, où l'essentiel du dépistage et de la prise en charge est effectuée en interne, par les membres du personnel médical et sur financements internes, tout en étant sous la tutelle de structures de santé extérieures ;
- 2) le *modèle intermédiaire*, où l'entreprise fait appel à une (ou des) structure(s) extérieure(s), chargée(s) d'organiser le dépistage sur le site de l'entreprise et d'assurer la prise en charge, et où le médecin de l'entreprise peut être amené à jouer le rôle d'intermédiaire (ARV, bilans, etc.) et le financement assuré par l'entreprise (fonds sida, auto-assurance, mutuelle)
- 3) le *modèle de l'externalisation*, où les employés sont référés dans des structures extérieures dès l'exécution du test de dépistage, jusqu'à leur prise en charge, sans que le médecin n'intervienne dans le processus de suivi du patient, dont la couverture est intégrée au système d'assurance général.

Ces trois modèles de prise en charge du VIH/sida sont relativement proches des modèles identifiés par la littérature sud africaines (Connelly et Rosen 2006; Mahajan et al. 2007; Gavin George et Quinlan 2009; Feeley, Connelly et Rosen 2007)³⁵⁴, bien que la santé en entreprises diffère largement entre celle exercée en Côte d'Ivoire et celle exercée en Afrique du Sud. Notamment, il n'existe pas d'équivalents des *Disease Management Organization* (DMO) sud africains en Côte d'Ivoire. Il s'agit de structures qui proposent aux entreprises des programmes exhaustifs et spécialisés (de la prévention à la prise en charge) et qui gèrent actuellement la prise en charge VIH/sida de 55.000 employés d'Afrique du Sud. Le marché sud africain de l'assurance privée est par ailleurs extrêmement développé : en 2005, son taux de pénétration était de 14% du PIB (2^{ème} rang mondial, par rapport à une moyenne de 7,5%), et notamment grâce au levier des entreprises privées qui, en l'absence de système public ont

³⁵⁴ Le modèle de l'*internalisation* correspond à celui de l'*employer-provided*, caractérisé par une prise en charge fournie directement par l'employeur, avec une auto-assurance et un suivi assuré au sein de la clinique de l'entreprise. Le modèle *intermédiaire* se réfère à celui des *Disease Management Programme* (DMP) où l'entreprise délègue la gestion du VIH/sida à un organisme spécialisé, avec un suivi exercé au sein du site ou à l'extérieur ; il se réfère également à celui du *Fee for service providers* (FFS), où les employeurs paient directement les frais à des structures extérieures. Enfin, le *modèle de l'externalisation* correspond à celui du *medical aid sheme*, c'est-à-dire celui exercé via le régime d'assurance maladie, où l'entreprise se charge de subventionner les primes supplémentaires liées au VIH/sida.

développé ce marché privé. De plus, en Afrique du Sud, malgré la gratuité des ARV et malgré les subventions publiques, les entreprises privées ont continué de financer les traitements. Enfin, les fonds sida de Côte d'Ivoire ne trouvent pas leurs équivalents dans d'autres pays d'Afrique, mis à part en Ethiopie où il a été relaté des expériences similaires. Cette corroboration des modèles ivoiriens avec les modèles sud-africains déjà identifiés dans la littérature confirme le caractère structurant et trans-contextuel des différents types d'articulation possibles entre l'internalisation et l'externalisation du dépistage, de la prise en charge et de l'assurance santé en Afrique sub-saharienne.

Ces trois modèles sont également présents au Cameroun bien que, pour des raisons déjà expliquées (cf. Chapitre 6), l'internalisation de la prise en charge y soit moins fréquente au profit de l'externalisation.

De fait, si le recours à l'externalisation est un moyen concret de pallier les limites intrinsèques des entreprises privées, il est également motivé à des fins de communication. En effet, malgré la rhétorique de la séparation stricte, certains médecins, infirmiers, coordinateurs de comité, gestionnaires de l'assurance interne ou responsables de Direction peuvent être intégrés, *de facto*, dans le processus.

3.2. L'importation des normes internationales de dépistage au sein des entreprises privées

Le recours à la verticalisation est ainsi un moyen puissant de susciter la confiance des employés, en communiquant sur la confidentialité. Mais dans quelle mesure cette promotion d'un dépistage éclairé, volontaire et confidentiel ne se transforme-t-elle pas en une « rhétorique du dépistage » ?

Rhétorique et pratiques du dépistage du VIH

L'organisation du dépistage au sein de l'entreprise n°17 est révélatrice des tensions suscitées par la greffe de recommandations éthiques du dépistage du VIH au sein du contexte local des entreprises privées (cf. Encadré 39).

Encadré 39 Etude de cas : entreprise n°17. "Il faut faire de la participation"

L'entreprise n°17 emploie environ 300 employés et 600 sous-traitants. Depuis 2009, elle a choisi de proposer le dépistage du VIH au cours de campagnes ponctuelles, organisées chaque année avec l'appui technique du CIRBA. L'équipe médicale de l'entreprise est composée de 4 infirmiers et d'un médecin vacataire relativement peu impliqué dans ces activités, assurant le « minimum médical » au niveau du VIH/sida (conseil d'un test diagnostique et suivi des patients qui se confient à lui). Au cours de l'entretien, le coordinateur du Comité Sida a insisté à plusieurs reprises sur le caractère volontaire du test. Par exemple, il affirmait :

« Donc à la suite de tous ces programmes de sensibilisation, la personne est invitée à faire son test, mais volontairement ! » (Comité Sida, entreprise 17)

Il accentuait également sur le caractère éclairé que doit revêtir une telle initiative. Tandis que l'entreprise a fait le choix de ne pas proposer de dépistage au cours des visites médicales annuelles, il le justifiait par la difficile mise en œuvre d'un dépistage de qualité, faute de temps :

« Il ne faut jamais, même que ce soit une situation ou autre, demander aux gens, d'aller faire le test, sans d'abord leur donner le b.a.-ba, les généralités sur le VIH, sur les IST, donner les informations. Et après, la personne voit la nécessité de vérifier, de connaître son état sérologique. Il faut d'abord donner toutes les informations possibles, en temps réel. Comme on est en train de le faire...en temps réel...Et puis la personne trouve nécessaire... » (Comité Sida, entreprise 17)

Cependant, les méthodes utilisées afin d'inciter les employés à s'informer et à connaître leur sérologie, revêtent des accents coercitifs. Par exemple, alors que l'entreprise, située dans la zone industrielle de Yopougon, est légèrement excentrée de la route reliant à la ville et que le ramassage des équipes de l'usine s'effectue par un système de transports en communs organisé par l'entreprise, les séances de sensibilisations sont administrées de telle sorte qu'elles puissent contraindre les employés à y participer

« Le chef de quart, avec toute sa suite, ils sont là à la sensibilisation. Donc, d'une manière ou d'une autre, même si tu ne veux pas, tu viens écouter quand même ! Vous voyez ? Donc la politique est tellement bien menée, vu notre situation géographique bien sûr (...) Donc la personne est obligée d'être là, de suivre, même si elle ne veut pas. » (Comité Sida Entreprise 17)

Le rôle de leadership que joue ici le chef d'équipe lors des séances de sensibilisation est également mis en exergue au cours des séances de dépistage. L'impulsion des « responsables », des individus charismatiques, et particulièrement du top management est un moyen efficace pour susciter l'adhésion par l'exemple :

« Parce que ici, quand ça commence, il y a le leader qui mène tout le groupe ! » (Comité Sida Entreprise 17)

L'imitation du comportement d'un individu estimé positivement est ainsi valorisée, bien que ne reposant pas sur les bases cognitives et rationnelles d'un dépistage supposément « éclairé ». Enfin, en plus des incitations relationnelles, cette entreprise a instauré un système de marchandisation du dépistage particulièrement développé. Les employés sont « motivés » par la dispensation d'une collation et l'attribution de « gadgets » (tee-shirt, casquettes, porte-clés, sacs, etc) au sortir du dépistage. Cette stratégie incitative, également observée dans d'autres entreprises³⁵⁵, génère des écarts entre les raisons affichées de la proposition du dépistage (que « la personne voi(e) la nécessité de vérifier, de connaître son état sérologique ») et les comportements induits par des stratégies « rétribuées ».

Par exemple, au cours d'une séance de dépistage, un employé de l'entreprise avait décidé de faire son test, motivé par les casquettes qui étaient distribuées à la sortie. Alors qu'il avait franchi les étapes du conseil et du prélèvement, il a finalement exigé que le tube de son sang lui soit rendu, en apprenant qu'il y avait une rupture de stock des cadeaux.

L'entreprise n°17 a la particularité d'organiser une journée spécialement dédiée aux familles et aux communautés, tout en attribuant une prime de défraiement de 2000 FCFA pour le transport. C'est ainsi que certaines personnes sont venues, informées de cette prime, « faisant le rang », sans connaître la finalité de leur attente, ou que d'autres ont demandé à se faire dépister plusieurs fois au cours de la même journée.

³⁵⁵ Au sein de l'entreprise n°23, la responsable du comité déplorait que, malgré la forte attractivité suscitée par les cadeaux aux candidats du dépistage, permettant d'atteindre un taux d'acceptation de 80%, seulement 20% d'entre eux étaient finalement venus retirer leurs résultats.

Au final, cette politique incitative était justifiée par le coordinateur :

« Et quand on prend conscience de sa propre santé et que la Direction met les moyens pour la santé, cela veut dire qu'il faut faire la participation. Et effectivement les gens donnent leur participation. » (Comité sida, entreprise 17)

La rhétorique de la conscience éclairée habille le discours. Cependant, le dépistage est justifié, en bout de ligne, par le devoir d'honorer les initiatives bienfaites de la Direction.

Au sein de l'entreprise n°17, des décalages entre la promotion d'un dépistage éclairé, volontaire et confidentiel et la mise en pratique de méthodes fondées sur la coercition, le mimétisme et des incitations matérielles ont ainsi été observés. Cet exemple illustre deux phénomènes. D'une part, il est caractéristique de la ré-appropriation des recommandations internationales par des acteurs locaux, en fonction de leurs normes sociales et culturelles. Ceci a été observé, par exemple, au cours d'une étude sur les campagnes de dépistage au Burkina Faso, montrant les décalages mais non les contradictions, entre les recommandations internationales fixant des priorités sur le dépistage des groupes à risques (biomédical), et une appropriation pratique, valorisant l'accès au dépistage pour tous en développant des stratégies pour favoriser la règle des « 3C » (Desclaux et al 2014). Cette tension entre la formulation d'exigences éthiques universelles et leur expression contextualisée n'est pas, en soi, inédite, ni contradictoire (Vidal 2003). Ce qui est particulier ici, c'est la manière dont ces principes éthiques sont utilisés par les acteurs des entreprises comme une arme rhétorique, afin de s'extraire de toute suspicion d'abus de pouvoir. La plupart des acteurs rencontrés en entreprises ont justifié leurs programmes de dépistage en exprimant avec force leur attachement à ces exigences éthiques. Au cours des campagnes de dépistage observées, les organisateurs mettent généralement l'accent sur les principes de la confidentialité et sur le caractère volontaire du test, afin de gagner la confiance des employés. Pour d'autres médecins d'entreprises, l'organisation de campagnes de dépistage, est un garde-fou, en soi, du respect de ces principes éthiques, par opposition à une offre proposée par le pôle médical. L'usage de cette rhétorique éthique voile ainsi les inéluctables décalages découlant de l'application pratique de principes universels.

D'autre part, cet exemple illustre la tendance à la marchandisation du dépistage : ici, les employés produisent des chiffres, en « faisant de la participation ». Ils se situent dans une relation marchande donnant-donnant, en « donnant leur participation », voire en troquant leur sang. Ces dons matériels donnent la possibilité, en bout de course, d'alimenter le système en place, pour lui-même. Cependant, cette tension entre la rhétorique et la pratique du dépistage

n'est pas une spécificité des entreprises privées. La proposition nationale est aujourd'hui structurée autour de cette distorsion.

L'offre nationale de dépistage et la
« politique des indicateurs »

En tant qu'indicateur clé des stratégies de lutte contre le VIH/Sida, les politiques de dépistage du VIH sont susceptibles de devenir ce que Robert Salais appelle des « politiques des indicateurs ». Il s'agit de politiques où l'indicateur n'est plus un moyen de mesure, mais est devenu une fin en soi ; où l'élaboration des politiques, de ses techniques et de ses stratégies découle de l'indicateur et non plus l'inverse (Salais 2004, 15). L'indicateur du dépistage revêt alors une fonction qui dépasse son utilité en termes de santé publique. Dans un contexte où les organisations internationales (Pepfar, Fond mondial) valorisent les *Evidence Based Policy* (EBP), et organisent leur aide en suivant une gestion axée sur les résultats (GAR), la capacité d'absorption des financements des bénéficiaires tend à devenir un critère d'efficacité absolu (Lu et al. 2006). L'observation d'une campagne de dépistage organisée au sein d'un projet financé par la Banque mondiale, le projet OCAL (Organisation du corridor Abidjan-Lagos), témoigne de cette marchandisation multi-niveaux du dépistage, touchant les bailleurs, les agences d'exécution, jusqu'aux bénéficiaires (cf. Encadré 40).

Encadré 40 Au-delà des entreprises : observation d'une campagne de dépistage dans le cadre du projet OCAL à la gare du Mali (zone portuaire d'Abidjan)

Dans le cadre du projet OCAL (Organisation du corridor Abidjan-Lagos), financé par la Banque mondiale, dont le Port autonome d'Abidjan (PAA) est un partenaire de mise en œuvre, j'ai été invitée à suivre le déroulement d'une journée de sensibilisation et de dépistage. La zone portuaire de la zone industrielle de Treichville, Vridi, jusque Port Bouët, est en effet une zone d'intense activité, mêlant à la fois les travailleurs de nombreuses entreprises concentrées dans cette zone (Bolloré, SIR, Unilever, Gestoci, Sotra, etc.), des travailleurs de passage (marins, routiers), ainsi que toute l'activité suscitée par cette concentration marchande (vendeurs et vendeuses ambulants, restauration, prostitution).

Les séances organisées ont lieu dans 12 sites : dix sites de la zone portuaire ainsi qu'à la gare de Yopougon et celle d'Adjamé. Sur ces 12 sites, dix sont des stationnements de camionneurs et deux sont des sites de restauration. Dix séances de sensibilisation sont organisées par mois, dont la moitié avec une proposition de conseil et dépistage. Deux séances par an sont étendues à l'ensemble du domaine portuaire. Vingt-cinq pairs éducateurs ont été formés, dont huit agents du PAA. Ce projet est effectué sous la supervision du Ministère de la lutte contre le VIH/sida (DSPSC) et en partenariat avec des syndicats de routiers.

Le 8 mai 2013, j'ai donc participé à la journée se tenant à la gare du Mali : un lieu de transit et de repos pour les routiers venant essentiellement du Mali ou du Burkina Faso. Une douzaine de pairs éducateurs étaient ainsi chargés de sensibiliser la population présente, de distribuer des préservatifs et de les inciter à effectuer leur dépistage auprès de l'équipe mobile de l'association Ruban rouge présente sur place. En l'absence de la personne responsable des bureaux, l'équipe a improvisé leur

installation sous des bâches, à l'extérieur, au son de la musique, permettant de garantir un minimum de confidentialité.

Ces pairs éducateurs touchent une indemnité de 5.000 FCFA par journée, soit le 1/7ème du salaire moyen ivoirien. Bien que n'ayant pas d'objectifs formels à atteindre, la fin de la journée de sensibilisation est sonnée par la rupture du stock des préservatifs. Ainsi, selon une norme informelle partagée par les exécutants et l'équipe de supervision ministérielle, chacun se voit attribué comme objectif l'écoulement d'un lot de 75 préservatifs, qu'ils remettent par 3 en échange de la preuve de leur sensibilisation : le nom, l'activité, le n° de téléphone et la signature du « client sensibilisé ».

Le pair éducateur responsable de cette journée s'est donné pour mission de me montrer la manière dont peuvent se dérouler des séances de causerie et de démonstration du port de préservatif auprès de groupes, souvent marqués par la « honte » des plus jeunes envers les aînés à parler de sexualité. Pour les autres pairs éducateurs que j'ai suivis, la campagne de sensibilisation s'est davantage résumée à la distribution de préservatifs en échange de leurs coordonnées. Ainsi, ils se sont attelés à remplir leur feuille de « preuves », afin de s'acquitter rapidement de leur tâche. De manière convenue, les « bénéficiaires » acceptaient spontanément de remplir leur nom, sans que d'explications préliminaires ne soient données. Certains ont manifesté de la déception à la découverte du cadeau, jugé pas à la hauteur du temps consacré. D'autres ont manifesté leur absence d'intérêt pour le dépistage, dans la mesure où celui-ci ne donnait pas lieu à une rétribution en cadeaux (tee-shirts, casquettes). Cette technique est parfois utilisée durant les campagnes de plus grande ampleur qui ont lieu tous les 3 mois.

Après dix années de lutte contre le sida à grande échelle, la marchandisation des « activités » de prévention VIH/sida est devenue une norme partagée, instaurant une relation donnant-donnant entre exécutants et bénéficiaires : indicateurs contre rétributions marchandes. La rupture semble ainsi consommée entre la promotion d'un *conseil* et dépistage *volontaire et éclairé*, et les modalités de mise en œuvre qui en altèrent sa signification, à tous les niveaux de la chaîne. Pour les bailleurs, le dépistage est un indicateur de performance des politiques publiques ; pour les exécutants, il est un indicateur de performance de leurs capacités d'absorption des fonds ; et pour les bénéficiaires, le VIH/sida est devenu un moyen de rétribution marchande.

Dès lors, les activités de dépistage revêtent une fonction pleinement stratégique et politique, pouvant gommer les enjeux non quantifiables entourant le dépistage (relations soignés-soignants asymétriques, garantie de confidentialité, modalité de proposition, référencement vers la prise en charge, etc.). Les acteurs de mise en œuvre peuvent privilégier, au final, les actions plus « rentables », au détriment des tâches plus qualitatives ou à effet plus indirect (Elbaum 2012)³⁵⁶. Le risque est de glisser vers une dérive instrumentale, cherchant à maximiser des « scores », au détriment de l'amélioration effective des conditions des

³⁵⁶ Parmi les risques identifiés par Elbaum (2012) : prolifération des indicateurs (et contradiction entre les indicateurs), adoption d'indicateurs sans réflexion préalable, minimisation de la signification des indicateurs et de son pouvoir de détermination sur les priorités d'action publique, priorités accordées aux tâches plus « rentables » par rapport à l'indicateur retenu, au détriment d'actions plus qualitatives ou à effet plus indirect, dissimulation des enjeux de fond, risque d'instrumentalisation des indicateurs (et choix sélectif des données les plus favorables, etc.), problèmes de lisibilité et d'appropriation, et mesure uniquement des effets déjà anticipés.

populations³⁵⁷ (Salais 2004). La « course au dépistage » peut ainsi devenir une fin en soi dont les objectifs finaux (prévention et prise en charge) sont relayés en arrière plan. Cependant, de manière paradoxale, cette « course aux indicateurs » est auto-régulée au sein des entreprises privées.

Une « course aux indicateurs » maîtrisée au sein des entreprises privées

Les taux de dépistage communiqués par les entreprises privées³⁵⁸ attestent d'une relative marge de manœuvre dont disposent les employés, que ce soit dans le cas du dépistage en campagnes ou au sein du pôle médical. Sur les 17 entreprises m'ayant transmis des données, 9 d'entre elles affichent des taux inférieurs à 50%. Sur les 12 entreprises ayant proposé une offre verticalisée de dépistage et m'ayant transmis des statistiques, 6 d'entre elles affichent des taux supérieurs à 60%, le maximum se situant à 85% (entreprise n°22) (**Tableau 14**).

Seules deux entreprises rencontrées (n°1 et n°18) ont manifesté une fierté quant à l'atteinte de taux élevés. Par exemple, la directrice des ressources humaines de l'entreprise n°18 interprétait ses taux de dépistage élevés, comme la marque d'une gestion réussie d'un programme VIH/sida coût-efficace. Tandis que cette entreprise a alloué un budget au VIH/sida relativement faible, elle a enregistré un taux global de dépistage de 85%, sur un

³⁵⁷ Par exemple, alors que la Journée Mondiale de Lutte contre le VIH/sida (JMLS) organisée en 2009 avait permis à 12 583 personnes d'être conseillées, testées et de retirer leurs résultats, sur 83 sites (34 fixes et 49 mobiles) à Abidjan, l'évaluation de ces événements a montré un manque de référencement systématique des personnes dépistées. Dans le cadre de l'évaluation de la JNCD, l'ONG *Femmes actives de Koumassi* a estimé que sur les 25 personnes dépistées positives au Centre Mathieu Rey de Koumassi, seulement 15 avaient pris contact avec une structure de PEC quelques mois après l'opération. (cf *Rapport d'activités annuel du PNPEC 2011*).

³⁵⁸ Habituellement, le « taux de dépistage » représente le nombre d'individus qui se sont soumis à un test de dépistage, par rapport à une population définie et sur une période donnée (généralement un ou deux ans). Si les entreprises privées m'ont transmises des statistiques incluant des « taux de dépistage », il est important de préciser que ces chiffres ne se conforment pas toujours à la définition stricte d'un « taux ». En fonction des entreprises privées, le mode de calcul des taux de dépistage a été variable. Certaines entreprises l'ont calculé à partir de l'ensemble des employés ; tandis que d'autres l'ont défini en fonction du nombre d'employés à qui il a été proposé (au cours des visites annuelles, ou des campagnes de dépistage). Ce dernier mode représente davantage un taux d'acceptation ou un taux d'adhésion, qu'un taux de dépistage. Ce biais est fréquent pour les entreprises ayant plusieurs sites/antennes et qui communiquent sur un taux de dépistage partiel (souvent effectué au siège social), en le présentant comme total. Dans le tableau 2, la séparation entre les cases rouge foncée et rouge clair suit la distinction entre des chiffres qui se réfèrent à l'effectif total des employés d'une entreprise donnée et ceux qui se réfèrent au nombre d'employés des sites où a été organisée la campagne (taux de participation). D'autres biais ont été relevés : absence de distinction des employés ayant été dépistés plusieurs fois au cours de l'année ; *turn over* des entreprises peu pris en compte dans les statistiques ; absence de distinction entre les employés, familles, employés temporaires ou personnes extérieures, pouvant gonfler artificiellement les taux de dépistage, en rapportant le nombre total d'individus dépistés ou pris en charge, sur le nombre strict des employés. Dans le cas des entreprises agro-industrielles, cette absence de distinction entre les employés et les « communautés » ne permet pas de définir les statistiques relatives aux employés. Particulièrement, les entreprises 4 et 6 présentent une activité importante de dépistage, qui n'a pas été mentionnée dans le tableau 2, par soucis d'uniformisation des données en termes de taux.

effectif total de 2.000 employés. Son directeur des ressources humaines exprimait ainsi cette fierté vis-à-vis d'autres entreprises qu'il avait rencontré au cours de réunions :

« C'est pour ça que nous, quand on a partagé notre expérience, du nombre de personnes dépistées, du nombre de personnes prises en charge, avec le budget qu'on leur a dit (à l'époque on avait même pas 5 millions de FCFA), les grandes structures qui avaient fait moins que nous en termes de dépistage avaient des budgets de plus de 100 et quelques millions ! Parce que si vous décortiquez les budgets, une bonne partie va dans des formations dans les hôtels de luxe, etc. Nous, nous faisons notre caravane » (DRH entreprise 18)

Le médecin de l'entreprise complétait :

« Ils sont alignés, en file indienne, comme s'ils allaient faire une vaccination classique. C'est parce que, par le passé, on a fait beaucoup de sensibilisation en amont. Beaucoup de sensibilisation ! » (Médecin entreprise 18)

Cet extrait témoigne de la tension constante des entreprises : entre leur pouvoir d'efficacité et la nécessaire restriction affichée pour préserver les droits humains.

Tableau 14 Taux de dépistage au sein des entreprises enquêtées (Côte d'Ivoire)

	POLE MEDICAL DE L'ENTREPRISE				PRESTATAIRES EXTERIEURS
	CDV (conseil et dépistage volontaire)	CDIP (conseil et dépistage à l'initiative du prestataire de santé) Diagnostic	CDIP Visites réglementaires	CDIP En routine	Campagnes
1	Oui	Oui	63,5% (2-95% selon sites)	-	-
2	Oui (ext)	Oui (ext)	-	-	66%
3	-	Oui (ext)	-	-	25%
4	Oui			-	Oui
5	-	Oui (ext)	-	-	-
6	Oui				-
7	Oui	Oui	-	-	-
8	Oui	Oui	-	-	-
9	Oui	Oui	27%	-	-
10	-	-	-	-	-
11	Oui	Oui	(ext)	-	33%
12	45%			-	-
13	-	Oui (ext)	1%	-	-
14	-	Oui (ext)	-	-	-
15	-	Oui (ext)	Oui (ext)	-	-
16	Oui	Oui	-	-	Oui
17	-	Oui (ext)	-	-	78%
18	38%		-	-	47%
19	-	-	-	-	17%
20	-	Oui (ext)	Oui (ext)	-	Oui
21	-	-	-	-	-
22	-	Oui (ext)	-	-	85%
23	Oui	Oui	Oui	-	20%
24	Oui	Oui	Oui	-	66% 74% 81%
25	Oui	Oui	Oui	-	-
26	-	Oui	-	-	75%
27	10%			-	-
28	-	Oui (ext)	-	-	67%
29	-	Oui	Oui	-	-
30	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	1%

Légende

Dépistage proposé au sein du pôle médical
Taux de dépistage sur l'ensemble des employés, calculé à partir des campagnes
Taux de dépistage sur un groupe d'employés, calculé à partir de campagnes

(Ext) : dépistage externalisé vers une structure de santé ou laboratoire d'analyse extérieur
 (Interne) : campagne de dépistage effectuée par l'équipe interne de l'entreprise

Ainsi, bien qu'au sein de certaines entreprises privées, les taux peuvent être relativement élevés, il est rare d'atteindre des résultats proche de 100%. Cette relative modération contraste avec les résultats obtenus lors de campagnes de dépistage effectuées en porte-à-porte ou au sein des services de santé en routine (CDIP). Certaines études interventionnelles d'évaluation de stratégies de dépistage à domicile en Afrique anglophone ont relevé des taux d'acceptabilité de 89% (DallaPiazza et Aberg 2011), de 94% (Tumwesigye et al. 2010), voire de 99 % (Were et al. 2006). Les taux d'acceptation dans le cadre d'un dépistage à l'initiative du prestataire de santé (CDIP) en routine sont également généralement très élevés (Dalal et al. 2011; Wanyenze et al. 2008). Par exemple, au Botswana, le premier pays à avoir intégré le CDIP en routine en dehors des programmes de PTME, une étude rapporte des taux d'acceptation du dépistage particulièrement élevés (89 %) (Steen et al. 2007). En Côte d'Ivoire, les taux d'acceptation du dépistage du VIH proposé aux femmes enceintes atteignaient 82,5%³⁵⁹ en 2012 (MSLS Côte d'Ivoire 2013). Or, dans le cadre d'une étude sur le dépistage en routine, environ 2/3 des personnes ayant accepté le dépistage affirmaient ne pas considérer pouvoir refuser un test proposé par le prestataire de santé (Weiser et al. 2006). De manière paradoxale, alors que les entreprises privées disposent de dispositifs puissants pour offrir un dépistage efficace en termes de participation, elles n'utilisent pas pleinement ce potentiel. En raison même des risques d'abus relatifs aux droits humains qu'elles sont en position d'exercer, les entreprises privées se soumettent volontairement à un fort auto-contrôle de leur autorité.

Dans le cadre de l'offre verticalisée, l'atteinte de taux de dépistage élevés n'est plus tant à mettre en relation avec le pouvoir des médecins qu'avec un autre type de pouvoir : celui exercé par les collègues.

³⁵⁹ Cependant, le dépistage des femmes enceintes a été proposé à seulement 57,5% d'entre elles, représentant au final que 38,3% des femmes enceintes testées.

3.3. Le contrôle social exercé par les pairs

La « mise en scène » du dépistage

Les campagnes de dépistage se présentent comme une « mise en scène » de la proposition du dépistage (Goffman 1973), c'est-à-dire comme une *représentation* d'une campagne de dépistage où aucun cas d'individu séropositif ne serait dépisté. Autrement dit, l'objectif recherché consiste à ce que les individus infectés par le VIH ne soient pas l'objet d'une « rupture » entre la présentation qu'ils donnent d'eux-mêmes (individus en bonne santé, responsables) et leur réalité (individus infectés, vulnérables). A la différence des structures de santé, le contexte de familiarité des entreprises exacerbe la nécessité sociale de se préserver de toute « rupture », dans la mesure où elle aurait des répercussions à long terme sur la vie sociale et professionnelle des individus. Au-delà de la question stricte de la « rupture » de la confidentialité qui est souvent associée aux pratiques du corps soignant, la notion de « rupture », empruntée à Ervin Goffman, permet ici de mettre en exergue la manière dont la pression exercée par le contrôle social est une menace pour la préservation de l'image que les individus présentent d'eux mêmes (Goffman 1973).

Les employés candidats au dépistage se retrouvent en effet dans un ensemble de contraintes interactionnelles qui façonnent leurs comportements et leurs perceptions éthiques du VIH/sida. Afin de rendre compte de ces processus à l'œuvre, j'utiliserai ici le vocabulaire dramaturgique utilisé par Ervin Goffman, dans *La Mise en scène de la vie quotidienne*.

Acteurs et décors de la scène

Au sein de cette pièce, les « metteurs en scène » (médecin, comité sida, équipe technique) ou les complices (équipe technique) agissent dans les coulisses (ou « régions postérieures »), c'est-à-dire au sein des locaux où s'effectue le test (enregistrement, conseil, prélèvement, analyses, rendu du résultat). Les employés - acteurs sont amenés à jouer sur la scène (« région antérieure »), c'est-à-dire auprès des autres employés - spectateurs regroupés à la sortie, qui attendent généralement de réaliser leur test (scène principale), ou bien dispersés au sein des autres espaces de l'entreprise (scènes secondaires) (Goffman 1973).

Les locaux que les entreprises privées mettent à disposition ne permettent pas le cloisonnement systématique des lieux entre l'espace d'attente des candidats au dépistage, l'espace technique (enregistrement, prélèvement et laboratoire d'analyse) et l'espace

confidentiel (conseils et rendu des résultats). L'exemple d'une campagne organisée dans l'entreprise 32 est illustrative des campagnes observées ailleurs, où les conditions matérielles empêchent la tenue d'une confidentialité stricte, qu'elle soit protégée de manière auditive ou visuelle (cf. Encadré 41).

Encadré 41 Etude de cas : entreprise n°32. Campagne de dépistage et confidentialité

L'entreprise n°32 ne fait pas partie de mon échantillon. Cependant, à la suite d'autres campagnes effectuées avec l'équipe de dépistage du CIRBA, j'ai été invitée à observer leur campagne de sensibilisation, suivie directement par une offre de dépistage. L'entreprise n°32 est une firme multinationale qui emploie à temps plein un effectif réduit (environ 80 personnes) et qualifié. Lors de la campagne au sein de l'entreprise, le dépistage a été organisé au sein d'une seule salle qui avait été séparée d'un paravent : l'enregistrement des employés, le prélèvement des patients et le laboratoire se situaient d'un côté du paravent, par 2 agents, tandis que les counselling pré-test et post-test étaient effectués de l'autre côté, par une psychologue. Les échanges (et notamment portant sur le résultat du test) étaient ainsi audibles dans l'ensemble de la pièce où certains employés se faisaient enregistrer, prélever, ou attendaient leur tour. Ce jour là, aucun positif n'a été dépisté.



(Photo : auteure)

L'entrée en scène des acteurs

Au moment de la campagne, les employés exercent entre eux un contrôle social, qu'il se situe en amont ou en aval de la réalisation du test. En amont, le groupe présente une pression incitant au dépistage : le dépistage du VIH est en cours de *normalisation*, induisant une exigence sociale de mise en conformité à cette norme. Par exemple, le port d'un pansement, d'un *tee-shirt* ou d'une casquette distribués à la sortie du dépistage représente des signes distinctifs des individus qui s'y sont soumis, se transformant en outil de contrôle. Certains interpellent ainsi leurs collègues « tu n'as pas fait ton test toi ! » (Employé de l'entreprise 11).

Le moment critique se situe en aval, au moment où les individus sortent des salles de dépistage, juste après avoir reçu leurs résultats. Les employés se trouvent confrontés à leurs collègues, présents dans la file d'attente (spectateurs), qui regardent, observent, surveillent, leurs comportements, voire les interrogent. Malgré les instructions généralement formulées par les organisateurs, la demande du résultat du test se fait spontanément. De manière plus oppressive, certaines interrogations explicites ou accusations stigmatisantes peuvent être formulées à l'égard des acteurs sortants, suscitant leur justification ou leur indifférence. La longue durée d'un entretien sera généralement identifiée comme une situation suspecte. Des attaques spécifiques peuvent être formulées et notamment d'individus en situation de domination ou minoritaires, telles que les femmes. C'est ainsi que, à propos d'une employée qui venait de recevoir son test, un homme déclarait « c'est ma chérie ! Si elle, ça va pas, faut me donner le positif, et je pars ! » (entreprise n°11).

Le contrôle social s'exerce de manière horizontale, par les pairs. Il a succédé au primat de l'autorité du médecin et de l'employeur. Le personnel dirigeant est généralement absent de cette mise en scène, si ce n'est éventuellement pour donner l'impulsion de départ, en montrant l'exemple.

Au cours de ce moment est testée la « capacité » des individus à maintenir une présentation d'eux-mêmes conforme à la personnalité qu'ils se sont constitués. Trois types de stratégies sont ainsi déployés par les « acteurs sortants » :

1. ceux qui ne portent pas de masque, dans la mesure où la réalité nouvellement découverte à propos de leur état sérologique (négatif) ne met pas en danger leur personnalité sociale.
2. Ceux qui se mettent en scène, dramatisant et mimant certaines émotions (joie, tristesse).
3. Et ceux qui esquivent la scène, en affichant un masque d'indifférence.

Ce spectacle donne lieu à un défilé d'acteurs sortants, mêlant des réactions authentiques et dramatisées (sans qu'il ne soit possible de les distinguer), exprimées par des déclarations verbales (« c'est propre », « je suis reçu », « j'ai mon diplôme », « je suis tranquille » ou alors « c'est négatif ») ou corporelles (sourire, danse, signe de victoire, signe de croix, exposition du bulletin). Le sujet même de la confidentialité peut devenir un thème de catharsis, des individus sortant avec un large sourire et professant la confidentialité du résultat. Ce cas

extrême souligne ainsi le fort degré de conscience collective de cette mise en scène symbolique de la confidentialité.



Des employés venant de recevoir le résultat de leur test du VIH

(Photo : auteure)

Dans les coulisses, l'équipe technique, se pose en « complice » des individus séropositifs qui souhaitent préserver leur image sociale. Par exemple, ils acceptent de jouer le jeu des individus séropositifs qui connaissent déjà leur statut et qui souhaitent se resoumettre au test afin de ne pas éveiller la suspicion de leurs collègues.

Au moment de l'annonce du résultat, ils usent de stratégies pour que, à ce moment précis, les conditions de la confidentialité soient optimales. Par exemple, au cours de plusieurs campagnes effectuées au sein de l'entreprise n°11, une seule pièce avait été mise à disposition pour le dépistage : ainsi, les deux agents communautaires chargés chacun de l'ensemble du processus du dépistage (conseil pré-test, dépistage rapide et rendu des résultats), l'effectuaient de manière simultanée au sein de la même pièce. C'est ainsi que si un agent dépistait un résultat positif, il faisait un signe à son partenaire, pour que celui-ci trouve un prétexte (téléphone, pause) pour le laisser seul et éviter qu'il initie un nouveau dépistage avec un nouveau candidat.

Ces « complices » donnent également en secret des conseils (dédramatisation de la maladie et garantie d'une prise en charge), voire des outils (administration de faux bulletins négatifs), afin d'aider les individus à gérer leur sortie. De manière plus coercitive, l'équipe médicale de l'entreprise n°18 a interdit à ses employés de montrer leurs résultats à la sortie, avec l'appui de ses chefs hiérarchiques et sous la menace de sanctions.

« Bon puisque c'est interdit, strictement, d'ouvrir... Ben si le gérant te voit montrer ton résultat, tu as un problème, il te donne une demande d'explication, ou bien il te donne une punition. Donc chacun prend son résultat, il le met dans sa poche. S'ils veulent jubiler, ils jubilent dans le bureau, et après ils sortent, sérieux » (Assistante sociale, entreprise 18)

Cependant, face à la tension que représente ce contrôle social extérieur, certains agents chargés du dépistage usent de stratégies de contournement, afin de se préserver eux-mêmes et de se prémunir des répercussions négatives d'une rupture sur leurs pratiques professionnelles. Ces contournements agissent au détriment de la remise d'une information réelle ou certaine.

Au sein de l'entreprise 26, alors que le médecin effectuait un rendu de résultats groupé, il a préféré remettre des résultats erronés aux 3 employés s'étant révélé positifs, en leur mentionnant une « indétermination », face à la pression des collègues qui attendaient dans le couloir. Alors que le médecin les avait invités à réitérer leur test à l'extérieur de l'entreprise, aucun d'entre eux ne s'y étaient soumis depuis.

Au final, la capacité des individus à préserver leur image d'eux-mêmes est généralement bien maîtrisée par les acteurs, dans la mesure où, au dire de l'expérience des différents « complices » (équipes techniques), ils n'ont pas été témoin de cas de « rupture » explicite et dramatique, c'est-à-dire d'un individu dépisté positif qui n'aurait pas su préserver son masque et aurait « craqué » publiquement. Les ruptures de confidentialité interviennent de manière plus diffuse, sans exposition publique : par exemple, si des employés sous le choc se confient à des collègues qui répandent ensuite l'information dans l'entreprise.

Contrôle social et normalisation du dépistage

Le contrôle social constitue ainsi une modalité d'expression d'un pouvoir contraignant exercé par les pairs, qui peut exercer une pression sur des individus qui ne souhaiteraient pas a priori effectuer leur test (Obermeyer et al. 2013). Cependant, ce mécanisme révèle par ailleurs que le dépistage du VIH/sida est en cours de *normalisation*, perçu comme une action désirable et valorisée socialement. Ce constat confirme ce que l'équipe d'Alice Desclaux a observé dans le contexte d'une étude portant sur les campagnes de dépistage nationales au Burkina Faso (Alice Desclaux 2014). Cette étude a souligné toute l'ambivalence de cet effet d'entraînement du groupe qui, d'un côté, génère une plus grande difficulté à maintenir la confidentialité. Et de l'autre, permet de diminuer la stigmatisation qui serait attribuée à un individu qui irait, seul se faire dépister et serait suspecté de comportements honteux. Ces formes d'engouement collectif pour le dépistage témoignent ainsi d'un changement de perception plus profond par rapport au VIH/sida, dont la stigmatisation est aujourd'hui plus subtile, revêtant des formes davantage liées à l'auto-stigmatisation (Desclaux et al. 2014).

L'acceptabilité du dépistage au sein des entreprises privées témoigne de cette évolution sociale profonde. Par là-même, les entreprises représentent des acteurs de premier plan de ce changement de perception, étant donné l'ampleur du retournement de situation qu'elles sont

parvenues à opérer. Alors que la proposition du dépistage en entreprises a été, à ses débuts, rejetée, cette institution est devenue, progressivement, et au fil d'une confiance acquise, un cadre privilégié et inédit (notamment pour les hommes), du développement d'une habitude du dépistage, dont le pouvoir coercitif n'est plus tant exercé par les figures d'autorité (médecin, employeur) que par les employés eux-mêmes.

Dans certaines entreprises (urbaines ou rurales) où était organisée une campagne, une adhésion spontanée des employés a été observée, générant des phénomènes d'engorgement. Les taux d'acceptation du dépistage sont généralement élevés : 8 entreprises de l'échantillon présentent des taux supérieurs à 60%, montant jusqu'à 85% de l'ensemble des employés (entreprise n°22) (**Tableau 14**, p.342). Ce phénomène d'engouement pour les campagnes a été relaté au cours d'autres campagnes ponctuelles nationales (Alice Desclaux 2014; Obermeyer et al. 2013), bien qu'il soit difficile d'élaborer des taux de dépistage dans le cadre d'une offre ouverte. En Côte d'Ivoire, par exemple, la Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida (JMLS) organisée par le ministère en 2009 avait permis de dépister 12 583 personnes sur 83 sites (34 fixes et 49 mobiles), uniquement à Abidjan.

Un « pool » d'employés se faisant dépister de manière assidue peut ainsi être identifié par les personnels soignants grâce à certaines méthodes de *reporting*³⁶⁰, lorsque les entreprises proposent un dépistage de manière régulière. Certains employés interrogés au cours de ces événements ont développé une habitude de dépistage impulsée par les entreprises choisissant de manière alternée de se rendre à l'extérieur ou au sein de leur entreprise tous les trois mois, six mois ou un an selon la perception de la fréquence optimale. A l'extrême, certains employés se présentent comme des « multirécidivistes » du dépistage, exprimant le désir de s'y soumettre dès qu'une occasion se présente, que ce soit à quelques jours, semaines ou mois d'intervalle. La plupart de ces employés ont affirmé connaître d'autres lieux de dépistage, mais préférer attendre les campagnes organisées par l'entreprise pour y effectuer leur test. En effet, celles-ci sont devenues de véritables occasions festives, dont la finalité dépasse l'unique objectif de santé publique.

³⁶⁰ La méthode de *reporting* du CIRBA permet particulièrement de retracer le parcours des employés dans leur acceptation du dépistage au sein de l'entreprise. A titre illustratif, l'entreprise n°17 a organisé une campagne durant trois années consécutives (2009 à 2011), avec 82% des employés dépistés en 2011 qui le faisaient pour la 3^{ème} fois consécutive, tandis que seulement 11,5% d'entre eux le faisaient pour la 2^{ème} fois et 6,5% pour la 1^{ère} fois.

La « fête du dépistage »

La mise en scène des campagnes de dépistage est réussie lorsqu'elle permet de garder la maladie invisible et de conserver l'apparence de campagnes de dépistage du VIH, mais sans VIH/sida. Le VIH/sida doit rester secret, dans les coulisses. Dès lors, les activités organisées autour du VIH/sida peuvent devenir autant d'occasions de renforcer la cohésion sociale de l'entreprise : organisation de sensibilisations, de campagnes de dépistage, de week-ends à la mer, voire de mariages collectifs. Cette *dramatisation* de l'événement, génère en retour une *dédramatisation* de la maladie. L'entreprise n°11 illustre particulièrement la manière dont le VIH/sida est paradoxalement devenu une opportunité de festivités en entreprises (cf. Encadré 42).

Encadré 42 Étude de cas : entreprise n°11. La "fête du dépistage"³⁶¹

L'entreprise 11 est une entreprise pionnière dans la lutte contre le VIH/sida, qui a développé une offre de dépistage proactive et festive, avec le soutien de structures de santé extérieures (Ruban Rouge et le CIRBA).

Les campagnes de dépistage du VIH se posent comme des moments de convivialité au sein de l'entreprise, s'organisant suivant les dispositions classiques des événements festifs ivoiriens (des mariages, baptêmes, sensibilisations de masse, etc.) : sono, chaises, bâches, collation alimentaire, avec en prime, la distribution de cadeaux aux participants. Lors de la fête annuelle de l'entreprise, se déroulant à Yamoussoukro, une proposition de dépistage s'est greffée à l'événement, en se positionnant comme une activité festive, au même titre que les autres activités organisées durant le we, tels que le tournoi de foot, la fanfare, les repas du midi et le dîner gala.

Lors de la Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida (JMLS) du 1^{er} décembre 2012, le dépistage du VIH a revêtu les attributs du jeu et du concours. Les organisateurs du Comité sida ont lancé leur 1^{ère} édition de la « fête du dépistage », mettant en compétition les comités sida et pairs éducateurs de 5 sites à Abidjan, et récompensant le site ayant atteint le plus haut taux de dépistage.

Pour la fête annuelle, le Comité Sida a été invité par la Direction, afin d'organiser des activités de sensibilisation, de dépistage, mais également d'animation générale. En effet, depuis près de 15 ans où l'entreprise s'est engagée dans la lutte contre cette épidémie, le Comité sida a été amené à endosser des responsabilités sociales plus larges que la seule pathologie du VIH/sida. Ils ont ainsi eu la charge d'accueillir les participants, sous les hospices du sida, en organisant l'émargement et en distribuant des préservatifs aux nouveaux arrivants. Cette dotation a poursuivi des objectifs fonctionnels (maintien de la sensibilisation, protection des employés durant un we éloigné de leurs familles), et symboliques (valorisation du personnel dirigeant par l'octroi de « préservatifs VIP » de qualité supérieure).

Le Comité Sida a également profité du rassemblement des employés réalisé grâce à l'organisation logistique des visites médicales annuelles au sein des différentes Directions régionales et a organisé des séances de sensibilisation, suivies d'une proposition de dépistage, de manière parallèle. Les campagnes de sensibilisation auxquelles j'ai assisté ont davantage constitué des séances d'éducation sexuelle et

³⁶¹ Cette étude de cas se base sur l'observation de quatre campagnes de dépistage organisées par l'entreprise n°11, organisées à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida (JMLS) (1^{er} décembre 2012) au sein de cinq sites à Abidjan (Treichville, Adjamé, Koumassi, Cocody et Yopougon) ; au cours de la fête de l'entreprise annuelle organisée à Yamoussoukro ainsi qu'au cours des visites médicales annuelles des employés des Directions régionales de Korogho et de Bouaké, durant lesquelles s'est greffée une proposition de dépistage parallèle. L'offre de dépistage y est externalisée et organisée avec l'appui technique du CIRBA et de Ruban rouge.

d'échanges réjouis autour de la sexualité que des campagnes orientées sur les risques de la maladie. Cette « invitation » du VIH/sida a ainsi contribué à transformer ces visites réglementaires en événement convivial. Au final, cette infiltration diffuse du VIH/sida au sein des différents événements collectifs de l'entreprise contribue à banaliser et à dédramatiser l'épidémie.

L'entreprise n°11 est en effet gérée selon un mode pastoral : elle octroie de nombreux avantages sociaux à ses employés (couverture santé, fonds de solidarité), elle fidélise sa main d'œuvre disposant de compétences techniques spécifiques, en contre-partie de salaires relativement bas et d'une adhésion à des rapports d'allégeance. Les campagnes de dépistage sont ainsi une occasion pour l'entreprise de réaffirmer son rôle social, et plus spécifiquement son rôle de protection vis-à-vis de ses employés.

L'organisation des campagnes de dépistage se pose comme un « rite de convivialité » qui permet de remplir un double objectif inter-relié : d'un côté, renforcer la cohésion sociale de l'entreprise, et de l'autre, conjurer une angoisse collective (Bryon-Portet 2014)³⁶². Certaines études ont montré que les divertissements festifs étaient un moyen de « gérer collectivement la charge émotionnelle d'un aléa » lié à certains milieux professionnels à risques, tels que l'armée (Bryon-Portet 2014) ou le milieu nucléaire (Osty 2003). Pour les entreprises privées implantées dans un contexte où la menace du VIH/sida est élevée, ces campagnes de dépistage permettent, certes, de renforcer les liens sociaux par l'organisation d'une fête où le VIH en fournit un prétexte ; mais également d'accompagner les employés à « affronter collectivement des situations » anxiogènes, ainsi que « d'arracher l'individu à (cette) épreuve solitaire » (Osty 2003)³⁶³. La cohésion sociale se trouve ainsi renforcée, grâce à cette conjuration collective faite à la menace de la maladie et de la mort. Au-delà du dépistage du VIH/sida, l'entreprise réaffirme par la même occasion, son autorité morale sur ses employés, tel que cela a été montré notamment dans le cadre des entreprises minières en Afrique du Sud (Rajak 2010b). Elle réaffirme son rôle de protecteur et de guide qui accompagne ses employés à dépasser leurs propres craintes. Voire, elle leur donne l'opportunité de prendre soin d'eux-mêmes. La fête est ainsi un moyen de dépasser les angoisses liées non seulement au dépistage lui-même, mais également aux doutes quant aux intentions de l'entreprise. En retour, l'adhésion des employés à cette proposition représente un gage de leur confiance vis-à-vis de l'entreprise. Par cet acte, ils expriment leur adhésion à son système de valeurs, au sein duquel la protection contre le risque du VIH s'est hissée comme un élément de la culture d'entreprise à part entière.

³⁶² Céline Bryon-Portet a étudié le rôle des rites de convivialité au sein des escadrons de chasse de l'armée de l'air française, montrant que la place particulièrement forte qui est faite aux divertissements festifs, répond à un double objectif de cohésion (création d'une confiance mutuelle nécessaire à la coordination des actions), et de sacralité (en conjurant l'angoisse liée au stress des missions).

³⁶³ Citée par (Bryon-Portet 2014, 154).

Ainsi, si cette festivité est « utile à la collectivité », ce n'est pas tant parce qu'elle permettrait de remplir des fonctions bioéconomiques, en identifiant les employés infectés et en préservant le capital humain de l'entreprise, que sociales et symboliques, en renforçant la cohésion interne des employés ainsi que l'autorité morale de son employeur.

3.4. Marges d'autonomie du personnel qualifié et stratégies d'évitement du dépistage en entreprises : les limites d'un système

Face au dispositif coercitif de l'entreprise - et ce quel que soit les modalités de proposition du dépistage, il a été observé que les employés occupant des fonctions d'encadrement³⁶⁴ contournaient davantage la proposition du dépistage du VIH effectuée en entreprise. Bien que les modes de *reporting* de l'offre de dépistage en entreprise ne permettent pas d'apporter des preuves quantitatives disponibles, différents entretiens auprès d'acteurs diversifiés ont témoigné de ce phénomène, que ce soit au sein des entreprises s'appuyant sur la médecine du travail, ou de celles qui recourent à des acteurs extérieurs³⁶⁵. Le responsable des activités en entreprises du CIRBA résumait ainsi :

« Généralement c'est les cadres qui sont réticents (...) Sinon le petit personnel, c'est-à-dire les employés, les ouvriers, les agents de maîtrise... Là où on a le plus grand de difficulté c'est avec les cadres, un peu avec les agents de maîtrise. Sinon, le petit personnel ça va » (Agent CIRBA)

L'agent du CIRBA témoigne de cette forte distinction entre les cadres et agents de maîtrise et le « petit personnel » qu'il est plus facile de convaincre et d'orienter : l'offre de dépistage universel est confronté à une organisation hiérarchique et différenciée de l'entreprise.

³⁶⁴ La notion de « cadre » ou de « personnel encadrant » sera utilisée ici au sens large (professions de commandement, gestion, relations, activités techniques), pouvant intégrer des acteurs tels que les agents de maîtrises et des techniciens. En effet, bien que formellement identifiés comme une catégorie à part au sein des entreprises, c'est avant tout la fonction sociale d'encadrement qui est ici décisive, dans son opposition à la fonction d'exécution.

³⁶⁵ L'équipe du CIRBA chargé du dépistage en entreprise, l'équipe du projet GFBC/GIZ/PCS/IRD (Cameroun), des médecins d'entreprises, des experts (consultants, coalition), des cadres rencontrés en entreprise ou se faisant prendre en charge au SMIT.

Une offre de dépistage universelle, greffée dans des entreprises hiérarchiques et duales

Ce clivage entre la force de travail qualifiée et non qualifiée, s'il est transversal au secteur privé, est particulièrement visible au sein des « entreprises duales ». Ces entreprises sont caractérisées par une forte division technique et sociale du travail, qui oppose une masse d'employés exécutants et peu qualifiés, à une « oligarchie hiérarchico-technocratique », selon un système d'action fondé sur la domination³⁶⁶. Ce mode d'organisation peut être couplé à un mode d'organisation de type paternaliste ou « pastoral »³⁶⁷, qui se caractérise par la prise en charge totale des conditions matérielles, sociales et culturelles (logement, santé, éducation, loisirs, religions) par l'entreprise, en échange d'une obéissance et d'un respect indéfectible des employés. Si les entreprises duales et paternalistes se différencient par le mode d'intégration sociale des employés à leur entreprise (le sentiment d'appartenance à l'entreprise étant plus fort pour les entreprises paternalistes que duales), elles partagent un mode d'organisation opposant un pouvoir autoritaire à une masse d'employés contraints. En Côte d'Ivoire, ces modes d'organisation sont particulièrement présents dans les secteurs de l'agroalimentaire et dans les entreprises industrielles avec un processus de production peu complexe, où la main force de travail peu qualifiée est massive. Cependant, ils se retrouvent également dans d'autres entreprises de services.

Alors que l'offre de dépistage du VIH en entreprises s'est développée, en théorie, selon une approche universelle, elle s'est greffée sur ces modes d'organisation économique et sociale « duaux ». Dès lors, sa réception parmi les employés bénéficiaires s'est trouvée différenciée selon leur degré de qualification. Tout d'abord, elle s'est greffée sur des systèmes de santé organisés de manière duale, au sein desquels les cadres ont développé des habitudes de soins externalisées. En Côte d'Ivoire, l'entreprise propose généralement aux employés les moins qualifiés des soins via le centre médical de l'entreprise, avec une mutuelle complémentaire afin de couvrir les frais des spécialistes extérieurs, tandis que les cadres (et éventuellement agents de maîtrise), disposent d'un contrat d'assurance privé, avec une couverture plus élevée, favorisant le recours direct à des structures de santé extérieures. Ensuite, elle s'est implantée sur une organisation sociale clivée, voire « fracturée » (Osty et Uhalde 2007) entre le monde de l'encadrement et le monde de l'exécution, tant au niveau de leurs normes et de leurs

³⁶⁶ Florence Osty et Marc Uhalde identifient cinq types d'entreprises, élaborés selon les « mondes sociaux » qu'ils constituent : l'entreprise duale, l'entreprise bureaucratique, l'entreprise communauté, l'entreprise en crise et l'entreprise modernisée.

³⁶⁷ Florence Osty et Marc Uhalde identifient l'entreprise paternaliste comme une version ancienne de l'« entreprise communautaire ».

pratiques. Afin de préserver leur capital symbolique et leur position d'autorité et pour maintenir leur différenciation sociale constitutive, voire quasi existentielle de leur groupe³⁶⁸ (Alamigeon 1945; Roussel 2007), les cadres maintiennent une distance sociale vis-à-vis de leurs subordonnés. Ils évitent de se mêler aux campagnes de dépistage (mis à part dans le cas spécifique du haut management, à titre d'exemple, dans un usage instrumental de leur différenciation), aux accents populaires, voire, ils en constituent des obstacles dans leur mise en œuvre, affirmant la priorité de leurs objectifs de production sur les activités sanitaires perçues comme secondaires. Ils maintiennent également une distance avec le personnel médical, perçu comme des collègues, plus que des soignants. A titre illustratif, au sein d'une des entreprises pionnières dans la lutte contre le VIH/sida et proposant le dépistage au cours des visites médicales annuelles, son directeur des ressources humaines avouait préférer effectuer son test à l'extérieur plutôt qu'au sein du pôle médical.

Des ressources favorisant l'autonomie

Or, le personnel qualifié dispose des ressources nécessaires pour contourner le système. Cette situation s'oppose aux employés tels que les ouvriers de production, ouvriers non qualifiés, ou employés de bureau, généralement « contraints », qui ne disposent que de peu de ressources (qualification, employabilité, marché local de l'emploi difficile) pour s'opposer aux injonctions de leur entreprise (Osty et Uhalde 2007). Le personnel encadrant possède ainsi les ressources économiques (frais liés au dépistage et transport – spécialement pour les entreprises isolées), cognitives (connaissance de lieux extérieurs³⁶⁹) mais également sociales (possibilité, capacité et habitude à négocier des marges d'autonomie au sein de leur entreprise) leur permettant d'élaborer des stratégies de contournement (Crozier et Friedberg 1977). Ainsi, si les employés peu qualifiés ont plus tendance à fusionner leur vie privée et professionnelle, les employés aux fonctions d'encadrement ont davantage de capacités pour maintenir cette séparation.

³⁶⁸ (Alamigeon 1945), cité par (Roussel 2007).

³⁶⁹ Selon l'EDS de 2012, 84,7% des hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur connaissaient un lieu où effectuer un test de dépistage, contre 37,9% pour ceux n'ayant aucun niveau d'instruction, et 54,6% pour ceux ayant un niveau primaire.

Domination sociale et vulnérabilité biologique

Dans la mesure où la soumission des cadres au dépistage du VIH au sein de leurs entreprises impliquerait l'acceptation de la transformation de leur corps politiques et sociaux en corps purement biologiques (Agamben 2003b), ceux-ci résistent davantage à une offre dans leur espace de travail. En effet, cette « désobjectivation » favoriserait, d'un côté, leur contrôle et assujettissement à leur employeur et, d'un autre côté, leur « dé-différenciation » d'avec leurs subordonnés. Avec le dépistage du VIH se dévoile ici toute l'ambiguïté constitutive du personnel encadrant, tiraillé entre leur subordination (vis-à-vis de la haute Direction) et leur autonomie (vis-à-vis de leurs subalternes) (Roussel 2007; Bouffartigue et Gadea 2000).

En premier lieu, ce processus est particulièrement critique dans un contexte où la réalité biologique des individus peut venir gommer leur identité professionnelle, telles que leurs capacités, compétences et expériences. Par exemple, un employé séropositif exerçant un poste de gestion dans une entreprise de télécommunications et suivi au Service des maladies infectieuses de Treichville (SMIT) confiait ainsi cacher son état sérologique à son médecin d'entreprise afin de ne pas compromettre ses chances de promotions internes.

En second lieu, la révélation de leur maladie les amènerait à affronter leur propre vulnérabilité, généralement plus difficile à admettre pour les classes dominantes (Tronto 2009). Un ouvrier séropositif relatait ainsi le malaise suscité lorsqu'il avait reconnu l'une des hautes directrices de son entreprise qui attendait, comme lui, sur les bancs du SMIT et qui depuis l'ignorait au sein de leur cadre professionnel. Si le VIH/sida a révélé la vulnérabilité de certains groupes sociaux stigmatisés ou dominés (Delor et Hubert 2000), il en révèle également (et paradoxalement) celle des groupes dominants, dans la mesure où ils se trouvent contraints de développer des stratégies alternatives dans leur dépistage et dans leur prise en charge, afin de ne pas compromettre leur capital symbolique, social et politique aux yeux de la société³⁷⁰.

Un manque de confiance dans le dispositif

Ce contournement du personnel encadrant de la proposition du dépistage en entreprises, quel que soit son mode de proposition (médecine d'entreprise et verticalisé) ne révèle pas tant un

³⁷⁰ Au sein de différentes structures de santé, des stratégies de camouflage sont développées afin de préserver à tous prix l'identité de ces « personnalités VIP » (consultations directement effectuées dans la voiture ou accès direct au bureau des médecins).

recours moins important de cette catégorie sociale³⁷¹ que les limites et failles de ce système. Tout d'abord, il souligne que, dans un système au fort potentiel coercitif, il existe des poches d'autonomie qui permettent aux acteurs disposant de certaines ressources (économiques, sociales et cognitives) de jouer de leurs marges de manœuvre. Ensuite, cet évitement traduit le manque de confiance des cadres dans ce dispositif médical caractérisé par sa fusion entre l'espace personnel et professionnel. Il met en exergue l'absence de maîtrise que les individus disposent sur ce circuit, impliquant et inter-reliant de nombreux acteurs, médicaux et non médicaux. Ainsi, les cadres choisissent de contourner une zone possible d'incertitude (personnes informées de leur état de santé, utilisation néfaste de ces données) et d'éviter de prendre le risque de perdre un certain pouvoir (Crozier et Friedberg 1977).

³⁷¹ A partir de l'analyse de l'EDS 212 effectuée en Côte d'Ivoire, Maxime Inghels souligne que les populations les plus riches ont tendance à avoir un recours plus important au dépistage (Inghels 2013). Par ailleurs, il a été montré que, dans d'autres contextes mêlant des groupes.

Conclusion du chapitre 7

Ce chapitre a souligné la profonde ambivalence des entreprises privées en tant qu'acteur promouvant le dépistage du VIH. D'un côté, le pouvoir des médecins en entreprises repose sur un dispositif coercitif puissant. L'entreprise dispose de conditions favorisant une offre de dépistage efficace en termes d'acceptation. Ce dispositif médical se caractérise à la fois par un vaste champ d'application (médecine clinique, santé publique et médecine du travail) et par d'importantes ressources (symboliques, organisationnelles et réglementaires). Si les employés bénéficient d'un accès privilégié à un système de santé, cette promiscuité est à double tranchant au regard des risques de rupture de la confidentialité. D'un autre côté, les entreprises privées représentent un lieu d'opportunité. Tandis que l'offre nationale tend à se resserrer au sein des structures de santé, avec un dépistage à l'initiative du prestataire de santé privilégié pour des questions de coût-efficacité, les entreprises privées demeurent un lieu de dépistage précieux qui peut être fondé sur l'initiative des individus.

Les entreprises privées représentent des lieux où s'exercent des mécanismes de pouvoir divers, autant « négatifs » que « positifs ». D'une part, elles constituent un lieu de rapports de pouvoirs centrés sur un mode de domination disciplinaire et répressif, tel que conceptualisé par Michel Foucault à partir de l'institution carcérale dans *Surveiller et punir* (Foucault 1975). Tout en ayant à disposition une population « captive », le dispositif des entreprises suscite la production de comportements « disciplinés », résultant d'une crainte (réelle ou supposée) de répressions ou de sanctions d'un double pouvoir médical et hiérarchique. Ces mécanismes de pouvoirs sont caractéristiques de ceux déployés au sein des entreprises privées au moment de l'essor de la production industrielle (située en France au début du XIX^{ème} siècle, bien que présentes dès le XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle) dont l'objectif était de rationaliser et de maximaliser la productivité de la force de travail, d'assujettir ses forces, et d'« imposer un rapport de docilité-utilité » constant (Foucault 1975, 139; Revel 2007, 35).

« Comment surveiller quelqu'un, comment contrôler sa conduite, son comportement, ses aptitudes, comment intensifier sa performance, multiplier ses capacités, comment le mettre à la place où il sera le plus utile » (Foucault 1976; Revel 2007, 35)

A cet égard, les entreprises privées s'apparentent en de nombreux points au contexte des prisons actuel. Les « paradoxes carcéraux » (Darmon 2012) relevés par la prise en charge du

VIH/sida dans les prisons (du Nord comme du Sud), entre opportunités et contraintes, corroborent les enjeux observés en entreprises privées : promiscuité et stigmatisation (Darmon 2012), privilège de la prison comme lieu d'accès aux soins (Marcis 2014; Trouillard Perrot 2007), opposition des logiques coercitives (et sécuritaires pour la prison) aux logiques de soins (Kanoui-Mebazaa et Valantin 2008), dépistage systématique à l'entrée dans l'établissement dans une situation de vulnérabilité et gestion de la santé dans un contexte d'« externalisation des pouvoirs sur soi » (Trouillard Perrot 2007). Cette approche est davantage présente au sein des entreprises privées exerçant un mode d'autorité pastorale, pour des individus aux ressources économiques et sociales limitées. Il est cependant important de spécifier qu'à la différence des prisons, la « captivité » des employés est davantage symbolique, relativisant dès lors la comparaison entre leurs conditions de vie avec celles des prisonniers.

D'autre part, dans un contexte de raréfaction des ressources financières internationales, les entreprises privées représentent l'un des rares lieux qui donne l'opportunité aux individus d'accroître un « gouvernement de soi », (sous la forme d'un « souci de soi », ou de « techniques de soi ») dans la gestion de leur santé, c'est-à-dire de s'approprier des techniques qui les disposent à se transformer eux-mêmes et à devenir les sujets de leur propre existence (Revel 2007, 123). Cette opportunité est particulièrement marquée pour une force de travail qualifiée. Il s'agit de techniques de pouvoir plus subtiles, fondées sur le contrôle social, l'intériorisation collective d'une norme et la standardisation des comportements (Foucault 1994b; Revel 2007, 28). Autrement dit, qui incite les individus à devenir les propres entrepreneurs d'eux-mêmes.

Les mécanismes de pouvoir sont hybrides entre les entreprises et au sein même des entreprises, en fonction des types d'employés en présence et de leur niveau de qualification. Ainsi, deux modalités de pouvoirs s'exercent de manière concomitante : la *gouvernementalité pastorale*³⁷² où l'entreprise se donne pour vocation de conduire, de guider et de prendre en charge l'existence de ses employés dans leurs détails, en les contraignant en retour à une obéissance sans réserve. Le dépistage au moment des visites médicales annuelles favorise ce

³⁷² Selon Foucault, « Le pouvoir pastoral a pour soin et tâche principale de ne veiller au salut de tous qu'en prenant en charge chaque élément particulier, chaque brebis du troupeau, chaque individu ». (La philosophie analytique de la politique ». Ashahi Jaanaru, 2 juin 1978, p 28 – 35, repris dans DE, vol 3, texte n°232 : 548 – 549). D'origine religieuse et chrétienne, cette forme de pouvoir s'est étendue à d'autres champs sociaux, tel que le champ étatique. Cette forme d'autorité est proche du « paternalisme » qui suppose qu'il est légitime qu'un acteur (public ou privé) décide à la place d'un autre acteur pour son bien propre (Ferey 2011).

type de pouvoir, bien que n'étant pas systématique. Et la *gouvernementalité managériale*³⁷³ (ou néolibérale), où l'entreprise gère sa force de travail dans une forme de « conditionnement » et de normalisation du comportement de ses employés pris dans leur ensemble, supposant la participation active à leur propre gouvernement (Le Texier 2012). Ici, les campagnes verticalisées sont davantage le fait de ce type de pouvoir, bien que nous ayons montré que celui-ci était devenu paradoxalement possible au moment des visites médicales annuelles. En effet, la comparaison des différentes modalités de proposition du dépistage (campagnes, à l'initiative du prestataire de santé, ou à l'initiative du « client ») a conduit à mettre en exergue la manière dont le caractère volontaire ou non du dépistage ne dépend pas tant du mode de l'offre, mais de la manière dont cette modalité est utilisée. L'offre de dépistage peut être volontaire au sein d'une visite obligatoire, et contrainte au cours d'une campagne collective.

La problématique de la proposition du dépistage au sein des entreprises révèle ainsi la tension entre les différents modes d'application du pouvoir, de la coercition à la « gestion de soi », produisant des pratiques de dépistage alternant entre obligation, discipline et normalisation.

Enfin, ce chapitre a montré que les entreprises privées n'étaient pas un lieu de prévention et de prise en charge « comme les autres ». Les stratégies d'évitement qu'opère le personnel qualifié afin de s'extraire de la proposition de dépistage mise en œuvre par l'entreprise (et ce quel que soit le mode de dépistage proposé), atteste du caractère intrinsèquement spécifique du dépistage en entreprise. Si la verticalisation du dépistage au sein des entreprises privées a tenté de pallier certaines de leurs caractéristiques perçues comme des contraintes, elle ne l'a permise que partiellement. Les *privilèges* offerts par l'entreprise n'ont pu entièrement suppléer au caractère intrinsèquement « captif », fusionnel et hiérarchique de l'entreprise.

³⁷³ Si Michel Foucault s'est passionné pour l'analyse de la gouvernementalité néolibérale, il n'a que très peu étudié l'institution de l'entreprise en tant que telle, avec ses modes d'organisation interne. Selon Thibault Le Texier, « il n' (y) a mis qu'un bout de pied pour le retirer aussitôt » (Le Texier 2012, 56). Ainsi, l'œuvre de Foucault a abondamment inspiré les sciences de gestion anglo saxonnes, mais paradoxalement, celles-ci se sont essentiellement inspirées de sa conception d'un pouvoir disciplinaire, tel que théorisé dans *Surveiller et Punir*, et non tel qu'élaboré plus tard dans ses analyses portant sur l'art de la gouvernementalité néolibérale. C'est ainsi que Thibault Le Texier propose une théorisation d'une « gouvernementalité managériale », qui se caractérise par 4 principes cardinaux : l'efficacité, l'organisation, le contrôle et le savoir. Il écrit : « À la fin du XXème siècle, dans les pays industrialisés, l'institution qui est en mesure d'enrôler les individus, d'en prendre soin, d'en tirer de l'information, de les éduquer, de les surveiller, de les punir, de les protéger, de les évaluer, de les récompenser, d'en façonner les représentations, d'en obtenir du consentement ou encore d'en influencer les désirs, c'est au moins autant l'entreprise privée que l'État. Les grandes forces subjectivantes sont aujourd'hui davantage le management et le marketing que l'administration publique, le droit et la police. Et la normalisation des comportements passe moins par des voies religieuses, juridiques ou médicales que par les phénomènes de production, de consommation et de gestion » (Le Texier 2012, 74).

Dans le contexte actuel de raréfaction des ressources et de chronicisation de la maladie, les stratégies internationales de dépistage sont portées vers leur systématisation (CDIP, *opt out*), simplifiant et allégeant les modalités du dépistage. De manière relativement paradoxale, certaines entreprises privées ont pu devenir des lieux de résistance à ce « régime d'efficacité », devenant des espaces où le « régime d'exception » se maintient. En effet, la proposition du dépistage en entreprises demeure profondément marquée par la place des enjeux liés aux droits humains. Face à une volonté constante de s'extraire de suspicions relatives à leurs intentions, les entreprises privées ont déployé des stratégies de dépistage du VIH particulièrement attentives à respecter la confidentialité ainsi que le caractère volontaire et éclairé du test. C'est ainsi que des professionnels du sida extérieurs ont été appelés afin de garantir la qualité du dépistage ; ou que des marges d'autonomie ont été mises en avant au cours d'occasions, *a priori* inadaptées à la proposition d'un dépistage volontaire, telles que lors des visites médicales annuelles obligatoires. Les entreprises se distinguent ainsi d'autres occasions de dépistage nationales, telles que les visites prénatales, ou les campagnes à domicile, qui donnent aujourd'hui la priorité à l'efficacité en termes de santé publique et affichent des taux d'acceptation très élevés.

Pour autant, il est nécessaire de souligner que cette attention portée aux droits humains n'est pas intrinsèque à l'organisation des entreprises privées, mais est le fruit d'une contingence, c'est-à-dire du contexte d'exceptionnalité du VIH/sida. Le potentiel coercitif des entreprises s'est constamment trouvé régulé par la présence de contre-pouvoirs qui n'appartiennent pas tant à ses formes classiques et formelles (syndicats, mécanismes juridico-légaux étatiques), qu'à des formes informelles et diffuses internes (contrôle social des pairs, contestation des employés qualifiés) et externes (mobilisation humanitaire autour du VIH/sida, préservation du capital symbolique des entreprises) largement reliées au contexte d'exception du sida.

Si les entreprises privées constituent aujourd'hui un lieu de dépistage du VIH qui a fait ses preuves (offre régulière, respect général des droits humains, proposition de prise en charge, etc.), la valorisation de cet acteur comme d'un partenaire privilégié pour la promotion d'autres enjeux de santé publique est à formuler sous conditions. A l'heure où les entreprises privées ont tendance à être « dé-différenciées » des autres acteurs dans les politiques de santé internationales, ce chapitre a démontré la nécessité, en retour, de « re-différencier » les entreprises privées.

Chapitre 8. **Les grandes entreprises privées : un acteur schizophrène ? Des programmes VIH/sida à l’articulation des logiques locales, globales, morales et néolibérales**

La puissance de la mobilisation collective internationale autour du VIH/Sida a été un exemple fort de l’essor d’une « économie morale » à partir des années 1990 au sein des sociétés occidentales. Elle a conduit à repousser certaines frontières, aux sens propre comme au figuré, imposées par les strictes logiques de marché. Cette translation des mobilisations collectives, portée par ladite « économie morale » du Nord vers les pays du Sud, est aussi sans égal dans le champ de la santé. Les sciences du politique, de l’anthropologie politique de la santé ou de la sociologie politique de l’action publique ont souligné avec force cet exceptionnel mouvement social (Altman et Buse 2012; Paxton 2012; Eboko, Bourdier et Broqua 2011). Aucune autre maladie affectant les sociétés africaines n’a donné lieu à de telles dénonciations que la lutte contre le sida en Afrique. « L’apathie internationale » à son égard avait même donné lieu à une tribune dans le *Lancet*, qui dénonçait un « crime contre l’humanité » (Hogg et al. 2002³⁷⁴). Didier Fassin identifie ce processus comme un moment où la *vie* devient la « justification première de l’action », nourrie d’une compassion nouvelle éprouvée pour les individus malades d’ici et d’ailleurs. Cette « biolégitimité » se trouve au fondement de l’essor de la « raison humanitaire » qui a conduit à l’intervention massive d’acteurs internationaux au sein des pays affectés par le VIH/Sida, en particulier en Afrique subsaharienne.

³⁷⁴ Voir également (Ford, Calmy et Mills 2011).

L'intervention des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/Sida se positionne exactement au point de jonction de ces différentes frontières : entre des logiques de marché et des procédés compassionnels impulsés par les sociétés occidentales ; entre des niveaux d'action globaux et locaux. Suivant les différentes arènes au sein desquelles les entreprises se situent, elles endossent des rôles, voire des masques différents. En tant qu'acteur transnational par excellence (Strange 1992), les stratégies des entreprises privées varient en fonction des « parties prenantes » avec qui elles interagissent (employés, actionnaires, clients, partenaires commerciaux, Etat de la société mère, Etats d'accueil, populations locales d'accueil, etc.).

Jusqu'ici, cette thèse a montré que les programmes VIH/Sida n'avaient pas été dictés par la théorie néolibérale du « capital humain », c'est-à-dire pour préserver la santé de leur main d'œuvre afin d'accroître leur productivité (bioéconomiques). Pour autant, ces acteurs demeurent des acteurs essentiellement régis par le marché, pour et au sein de ce marché. Dès lors se pose une série de questions : qu'est ce que l'implication des entreprises privées contre le VIH/Sida nous révèle de la tension entre ces différentes logiques ? L'écartèlement des entreprises privées entre leurs différents niveaux d'action (locaux et globaux) et logiques d'intérêts (économique, sociale, voire morale) ne génère-t-il pas des stratégies contradictoires, voire antagonistes ? Quel est finalement l'impact des actions contre le VIH/sida des entreprises privées sur leur milieu d'accueil ? Dans quelle mesure la communication concernant l'implication des entreprises privées (guides de bonnes pratiques, rapports développement durable des entreprises, etc.) ne gomme-t-elle pas les effets concrets de leurs actions ?

Afin de proposer certains éléments de réponse, j'ai identifié quatre rôles que les entreprises privées globalisées endossent, tour à tour, en fonction des arènes dans lesquelles elles se situent et des types d'intérêts qui sont invoqués (cf. Tableau 15) : celui d'*acteur local*, qui se doit de répondre aux exigences de son intégration dans sa micro-société d'accueil (1) ; celui d'*acteur managérial*, attaché à organiser une gestion efficace de sa force de travail (2) ; celui d'*acteur responsable*, qui se doit de se conformer aux approches promouvant l'éthique citoyenne des entreprises (3) ; et celui d'*acteur néolibéral*, déterminé par les forces globales du marché (4).

Tableau 15 Les différents rôles des entreprises privées

	ECONOMIE MORALE	ECONOMIE POLITIQUE
LOCAL	ACTEUR LOCAL (1)	ACTEUR MANAGERIAL (2)
GLOBAL	ACTEUR RESPONSABLE (3)	ACTEUR NEOLIBERAL (4)

Source : auteure

Si la distinction opérée entre le niveau local et global est directement intelligible, une clarification des concepts d' « économie morale » et d' « économie politique » s'impose. Tandis que l' « économie politique » est un concept plus ancien que l' « économie morale », ces deux concepts sont dotés d'histoires, non linéaires, se situant ainsi sur différents plans. A partir de l'article de Didier Fassin, *Les Économies morales revisitées* (Fassin 2009), il est possible de distinguer deux formes d'oppositions majeures entre l' « économie politique » et l' « économie morale ». La première fait référence à l'opposition entre deux systèmes de production qui se sont succédés dans le temps (diachronique). Dans ce sens, l'« économie morale » représente une économie profondément inscrite dans l'activité sociale (*embedded*), tandis que l' « économie politique » correspond à une « économie autonomisée à travers le marché » (*disembedded*) qui est apparue avec ce que l'historien et économiste Karl Polanyi a appelé « *La Grande Transformation* »³⁷⁵.

Le deuxième type d'opposition distingue l' « économie politique » de l' « économie morale », comme l'économie se distingue de la société (synchronique). Selon cette approche, l'économie politique fait référence au système de production et de redistribution des biens et des services au sein d'un espace économique. ; tandis que l'économie morale se définit comme « *la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social* » (Fassin 2009, 1257). Ici, la notion d'économie morale s'oppose à la conception d'une société entièrement régie par le marché libéral, où l'individu est défini par rapport à sa valeur sur le marché, en tant qu'*être productif*. Elle introduit une conception plus large, où d'autres formes d'échanges sont possibles, où l'individu est reconnu pour sa valeur intrinsèque, en tant qu'*être vivant*.

³⁷⁵ Selon l'économiste, le marché économique est une construction historique. Il est conçu comme une entité indépendante depuis 1830.

Dans le tableau 2, la référence à l' « économie politique » fait référence au système de production régissant le marché. Celle de l' « économie morale » est double : en ce qui concerne l'acteur local (1), elle met l'accent sur le fait que certaines entreprises sont toujours profondément inscrites dans l'activité sociale de leurs sociétés d'implantation. A propos de l'acteur responsable (3), elle fait davantage écho à la manière dont les entreprises privées doivent aujourd'hui intégrer une dimension morale et compassionnelle dans leurs actions à des fins de légitimation.

J'inscris mon analyse dans l'approche méthodologique que Didier Fassin propose au terme de son article (Fassin 2009) et qui apparait comme particulièrement adaptée à mon objet :

« Les jeux d'échelles par lesquels on passe ainsi de la micro-analyse à la macro-analyse, (...) n'impliquent cependant pas plus une continuité d'un niveau à l'autre qu'ils ne préjugent d'une homogénéité à chacun d'eux. C'est précisément de la confrontation des économies morales – locale et globale, mais également au sein même des espaces local et global – qu'il est possible de mieux appréhender ce qui, sinon, résiste à la compréhension » (Fassin 2009, 1261)

Bien que cette thèse ne cherche pas à évaluer si l'impact des entreprises privées en matière de lutte contre le VIH/sida est positif ou non (cette question étant bien trop complexe), je propose ici d'analyser en profondeur certains effets de leurs interventions, en fonction d'échelles d'analyse différenciées. Il s'agit de mettre en perspective la manière dont des actions qui seront perçues positivement ici, le seront moins ailleurs, et inversement. Au-delà du cercle restreint des employés directement concernés, il s'agit d'interroger les effets plus larges de leurs actions. Dès lors, j'entends mettre en relation ces différents rôles conceptuels les uns avec les autres, afin d'analyser leurs points de continuités et de ruptures, ainsi que leurs consonances ou leurs dissonances au sein des espaces sociaux dans lesquels les entreprises privées sont intégrées. Pour le dire autrement, je pose la question suivante : les entreprises privées qui, aujourd'hui, évoluent dans un contexte globalisé, ne développent-elles pas des tendances schizo-phréniques ? Le cas échéant, comment cette schizo-phrénie affecte-t-elle les sociétés dans lesquelles elles évoluent ?

A partir des stratégies des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/Sida, je voudrais analyser les tensions et les confrontations qui émanent de l'articulation entre l' « économie morale » et l' « économie politique », ainsi qu'entre les niveaux local et global. Pour ce faire, je vais privilégier ici deux types d'entrées analytiques : d'un côté, des études de cas d'entreprises approfondies et de l'autre, des études thématiques. Ce chapitre se déroulera en cinq temps : 1) à partir de l'exemple du dépistage des entreprises en contexte urbain

j'aborderai la question de la délimitation du périmètre de responsabilité des entreprises privées ; 2) à partir de l'exemple d'une entreprise agricole située en zone rurale, j'analyserai l'enjeu de la puissance économique, politique et sociale de certains acteurs privés dans leur société d'accueil ; 3) à partir du phénomène de la sous-traitance et de la « désintégration verticale du travail », j'étudierai l'enjeu du « biopouvoir » des entreprises ; 4) à partir de la question de la couverture maladie je mettrai en jeu la capacité des entreprises privées à avoir un impact sur l'accès à la santé au niveau national et 5) à partir de l'étude d'une grande entreprise multinationale pétrolière, j'aborderai l'enjeu de l'instrumentalisation de l'éthique de la compassion.

1. Le périmètre de responsabilité des entreprises

Membre 1 du Comité : y a le même souci à Cocody, où ceux qui viennent payer leurs factures (*les clients de l'entreprise*) ont envie de se faire dépister. Et donc il y a « extension communautaire ». Elle (*en parlant de moi*) demande si ça gêne. Non ça gêne pas ! On appelle ça « extension communautaire », ce sont nos clients....

Membre 2 du Comité : et les tee-shirts, on va les donner aussi ?

Membre 1 du Comité : là je sais pas

Membre 3 du Comité: (*nom comité 1*), il faut voir en toute chose une opportunité. Hein (*comité 2*) ? Ce que disaient ceux qui nous ont formés sur... Tu fais un projet, tu as un objectif, mais tu te rends compte que quand tu fais ton projet, y a d'autres petits projets qui poussent à côté. Toi, ton objectif c'est d'atteindre tes collaborateurs. Mais ton opération est tellement bien menée, que tes clients viennent se faire dépister chez toi ! Ca veut dire que demain, si tu décides dans le cadre de l'extension communautaire de dépister les clients qui viennent payer leurs factures en période de pointe, tu vas avoir des gens à dépister ! Ca c'est à prendre comme un bon point demain !

Moi : qu'est-ce qu'on leur propose aux clients, s'ils sont séropositifs ?

Membre 1 : c'est de les référer à des CDV (*Conseil Dépistage Volontaire*)

Moi : dans un CDV dans un 1^{er} temps pour confirmer le test et les CDV réfèrent ensuite à des centres de prise en charge ?

Membre 1 : Oui

Membre 3 : aujourd'hui, on est en train de dire que les stagiaires et les CDD sont venus. Mais une stagiaire qui est venue dans une Direction pour un stage de 3 mois (...) cette stagiaire, elle est belle, elle est jolie, elle a de l'impact sur les collaborateurs, elle est malade. Vous ne pensez pas que c'est opportun qu'elle se dépiste et qu'elle connaisse sa sérologie ?

Membre 2 : on n'a pas interdit aux stagiaires !

Membre 3: je réagis en termes d'opportunités !

Membre 2 : c'est pour ça qu'on a permis à tout le monde de se dépister ! Mais on dit, dans les statistiques, eux ne sont pas pris en compte.

Membre 3 : moi je suis déjà en train de faire une extension, tu vois !

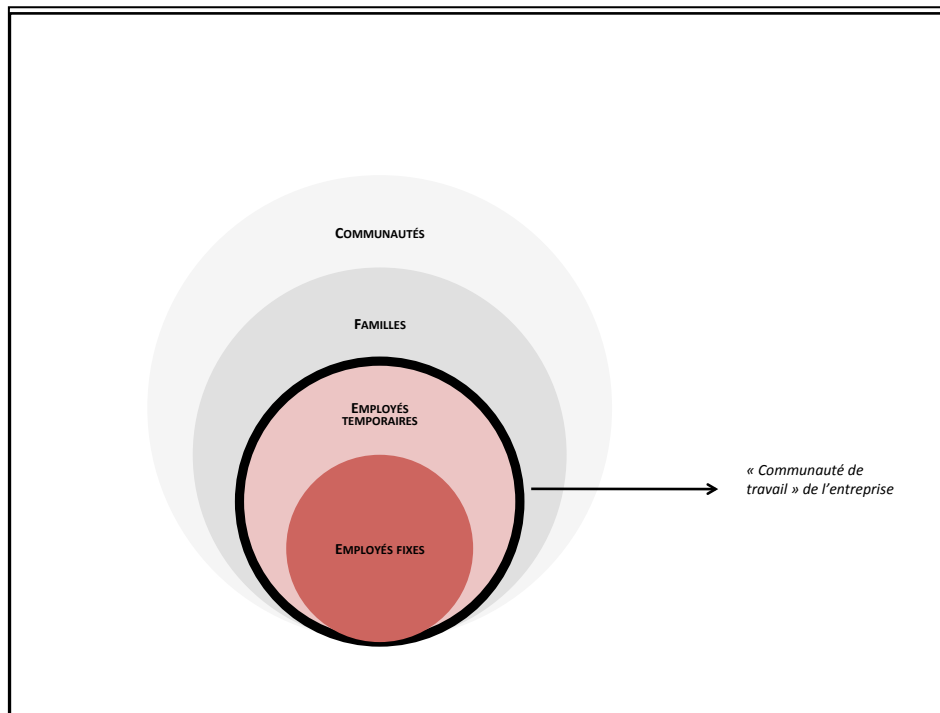
Membre 1: le volet « extension communautaire » est prévu. De regarder les périodes de pointe, et dans certaines Directions, de faire de la sensibilisation et du dépistage volontaire et de les référer à des CDV, et après tu réfères à une structure communautaire. »

Cet extrait d'échanges est issu d'un *débriefing* effectué avec le comité de l'entreprise n°11, suite à une campagne de dépistage organisée le 30 novembre 2012 lors de la Journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida (JMLS) au sein de cinq sites localisés à Abidjan. Tandis que l'action avait été, au départ, lancée pour dépister les employés de l'entreprise, avec un objectif fixé par le Comité sida en accord avec sa Direction des ressources humaines (DRH) d'atteindre 200 salariés pour l'année, un imprévu s'est posé : celui de l'« extension communautaire ». Cet imprévu est révélateur de trois points majeurs.

1.1. *Insiders et outsiders*

Le premier constat est l'intrinsèque dilemme auquel les entreprises privées font face quant à la délimitation de leur périmètre de responsabilité (Valentin et Thèvenot 2013, 427). Deux sous-questions se posent dans cet extrait : d'un côté, selon quelles modalités inclure les stagiaires et au-delà, la force de travail temporaire, composée d'employés à contrat à durée déterminée, d'intérimaires, d'agents de sécurité, de sous-traitants ou de saisonniers, lesquels font partie de la « communauté de travail » de l'entreprise (Valentin et Thèvenot 2013) ? Et doit-on inclure, et si oui comment, les clients de l'entreprise, voire la population avoisinante de l'entreprise (vendeurs, commerçants, restaurateurs), les communautés locales ou les paysans producteurs (pour les entreprises agro-industrielles), c'est-à-dire, les individus qui sont extérieurs à l'entreprise ? J'ajouterai un troisième sous-groupe spécifique et problématique, non évoqué dans cet extrait, qui comprend les conjoints et familles des employés, dont la santé influe directement sur celle des employés (en termes de santé et de bien-être) : comment les dépister et quelle prise en charge leur proposer ? Ce cercle concentrique peut être représenté par le schéma ci-dessous (cf. Schéma 10). A noter pour la lecture de ce schéma que le niveau de priorité que les entreprises accordent aux familles et aux employés temporaires ne favorise pas nécessairement les seconds par rapport aux premiers.

Schéma 10 Les différentes sphères de responsabilité des entreprises privées



Source : auteure

En développant une proposition de dépistage verticalisée (en opposition au canal de la médecine du travail qui assume d'emblée une approche privilégiant la force de travail), sous les regards d'un public extérieur (employés de « 2nde classe », clients, populations environnantes), l'entreprise n°11 s'est exposée à l'obligation constante de définir une frontière entre les individus à inclure et à exclure. L'extrait présenté ci-dessus a fait apparaître certains enjeux. Symboliques, d'une part : faut-il distribuer des *tee-shirts* aux individus extérieurs ? Faut-il inclure les employés temporaires dans les statistiques finales ? Et de santé publique, d'autre part : quel circuit de prise en charge proposer aux individus extérieurs à l'entreprise ? Quel circuit proposer aux membres de la « communauté de travail » temporaire ? Si au cours de cette campagne l'entreprise n°11 a harmonisé les modalités de proposition du dépistage entre les *insiders* et les *outsiders* (en proposant à tous les participants un dépistage rapide avec rendu du résultat sur place), d'autres exemples ont révélé une différenciation des participants problématique du point de vue de la santé publique (remise du résultat aléatoire, référencement plus incertain à des structures publiques et communautaires, absence de suivi dans le référencement).

Derrière une apparente universalité de traitement, les entreprises privées proposent, en raison de leur configuration et de leurs intérêts, des services différenciés, privilégiant leur force de

travail permanente. A cet égard, c'est la figure de l'entreprise comme *acteur managérial* et comme *acteur néolibéral* qui prévaut. Cette question de la délimitation des frontières était cruciale aux débuts de l'épidémie, alors que les traitements étaient coûteux. Elle dotait l'entreprise d'un véritable pouvoir souverain, en allouant aux travailleurs inclus dans leurs programmes une « citoyenneté thérapeutique » (Nguyen 2010). Malgré la gratuité des traitements, cet accès différencié à la santé continue d'être un enjeu problématique, bien qu'avec une acuité moindre, dans le cas du VIH/Sida. Mais au-delà de la situation exceptionnelle du VIH/Sida, ce dilemme de la sphère de responsabilité des entreprises soulève la question structurelle de leur pouvoir à octroyer une citoyenneté, qu'Aihwa Ong qualifie de « différenciée » (Ong 2000), dans la mesure où elle est octroyée en fonction du degré d'appartenance des individus à l'entreprise (cf section 3 ci-après).

1.2. L'entreprise dans la cité : une ouverture relative

Deuxièmement, cet extrait expose la question du positionnement de l'entreprise au sein de sa cité d'accueil. A ce niveau, c'est la figure de l'entreprise comme *acteur local* qui entre en scène. Cette entreprise est une ancienne société d'Etat, créée dans les années 1950, privatisée dans les années 1980, devenant une entreprise d'économie mixte (cf. Encadré 23 p. 246). Elle agit dans le domaine des services aux populations, sur l'ensemble du territoire ivoirien. A la différence des grandes entreprises agro-alimentaires situées en zone rurale qui créent *ex nihilo* une micro-société, et qui en deviennent le « souverain » (quasi) absolu, ce type d'entreprise participe, aux côtés d'autres acteurs, à la vie de la cité. La demande spontanée des clients à effectuer un dépistage en leurs murs avec, en retour, l'acceptation spontanée de l'entreprise de répondre à cette demande, témoigne de son intégration au sein de sa société d'accueil. Les frontières entre l'entreprise et la population sont poreuses : une relation d'échanges mutuels dépasse la stricte relation commerciale. Ce phénomène montre que les entreprises privées peuvent être perçues par la population locale comme un acteur *social* (et pas seulement économique), *équivalent* aux autres acteurs (ONG, associations, Etat) dans la proposition du dépistage du VIH/Sida. Ainsi s'opère un double processus d'une entreprise qui s'ouvre à l'extérieur et d'une population qui reçoit et qui accueille.

Troisièmement, cette expérience illustre le pragmatisme local qui anime les entreprises privées : elles développent des actions dans un processus itératif, en interaction avec leur environnement. En effet, l'« extension communautaire » s'est posée, *a posteriori*, pour

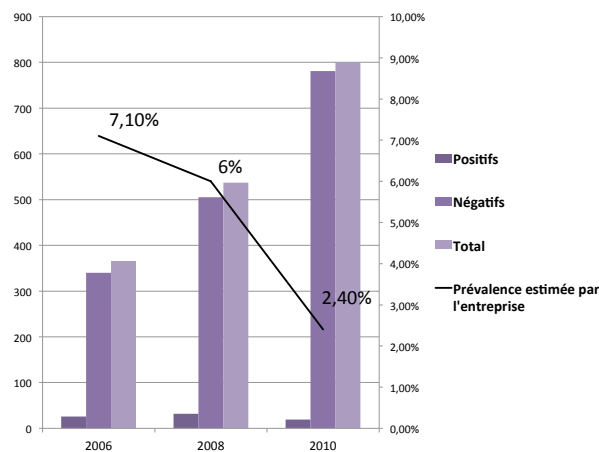
l'entreprise, qui l'accepte, sans en faire la promotion. Elle illustre également un pragmatisme global qui caractérise les entreprises privées engagées dans un processus de Responsabilité sociale des entreprises (RSE) et de Développement durable (DD) qui inclut la figure de l'entreprise comme *acteur responsable*. Il a été montré que celles-ci étaient effectivement très prudentes quant à leur impact potentiel sur la société et préféraient généralement un langage limité et pragmatique à des « discours messianiques » (Hommel 2013). Cette retenue contraste ainsi avec certaines « déclarations incantatoires » formulées à l'égard de l'implication providentielle des entreprises privées pour atteindre des biens publics mondiaux (Boidin 2014, 121) dont la lutte contre le VIH/Sida ne déroge pas (Chapitre 5).

Or, la rencontre de ces différents masques de l'entreprise (ceux de l'*acteur néolibéral/managérial* avec celui de l'*acteur local*), peut susciter des effets inattendus et mettre en exergue les limites intrinsèques d'une gestion privée d'un bien public universel. Je vais d'abord présenter les tensions provoquées par le problème de l'« extension communautaire » du dépistage du VIH, tel qu'observé au sein d'une autre entreprise (n°18), avant d'analyser cette confrontation de manière plus exhaustive, en dépassant la problématique du VIH/Sida, à travers l'étude de cas de l'entreprise n°7 (section 2).

1.3. Les paradoxes de la rencontre de l'acteur local et néolibéral/managérial. L'exemple de l'entreprise n°18

L'entreprise n°18 est une entreprise de services qui compte 2.000 employés, dont les activités sont implantées sur différents sites à Abidjan et quelques antennes en région. Tous les ans, son équipe médicale organise, avec le soutien du Centre médical interentreprises (CMI) du Plateau, des campagnes de dépistage au sein de ses établissements. En 2012, cette campagne a permis de dépister 47% de ses employés. Le taux de dépistage total de l'entreprise atteint 85% des employés en incluant le dépistage effectué au sein du pôle médical en routine. Le Graphique 5 témoigne de l'efficacité de campagnes qui conjuguent une adhésion croissante des employés avec une baisse du nombre de personnes dépistées positives³⁷⁶.

³⁷⁶ Dans le graphique, le terme « prévalence » a été utilisé, reprenant les données du pôle médical de l'entreprise, bien que celle-ci corresponde davantage au nombre de cas connus de salariés infectés, rapporté à l'effectif global

Graphique 5 Campagnes de dépistage du VIH de l'entreprise 18

Dans la mesure où l'entreprise n°18 exerce des activités commerciales, les campagnes de dépistage se déroulent à la vue de ses clients et de la population environnante. Si l'équipe technique accepte de dépister les individus extérieurs à l'entreprise lorsqu'ils en formulent la demande, ils ne cherchent pas pour autant à en faire la « publicité ». Dès lors, différentes stratégies de remise des résultats se développent.

Pour les employés, afin de pallier le risque de diffusion du résultat, la remise a lieu ultérieurement, au sein du pôle médical de l'entreprise, sur convocation du médecin. Pour les membres des communautés, les stratégies varient en fonction du dépistage de cas positifs : la restitution a lieu sur place, jusqu'au moment où un cas positif se révèle. Dès lors, afin de ne pas s'exposer à un risque de « rupture » publique, l'équipe cesse de transmettre les résultats sur place, et procède à un rendu par téléphone, plus aléatoire, dans la mesure où ce sont les individus dépistés qui doivent prendre l'initiative de rappeler l'équipe ultérieurement. Par la suite, si un individu est dépisté positif, il lui sera conseillé de se rendre à un centre de dépistage volontaire (CDV) ou au Centre médical interentreprises (CMI) partenaire. Les individus séropositifs sont ensuite référés à des centres de prise en charge publics. L'assistante sociale de l'entreprise expliquait :

« Mais la communauté, eux quand ils disent ils veulent leurs tests, on leur dit 'non, vous nous donnez votre numéro de tel', même s'ils sont positifs, on leur dit 'vous nous donnez votre numéro de tel', et nous on les appelle, on leur donne pas ça là sur le site. Puisque on ne doit pas donner à nos employés sur le site, on ne va pas donner à la communauté sur le site. On lui dit '*on est en entreprises*, mais si vous voulez, voilà notre numéro, vous nous appelez et puis nous on va communiquer avec vous'. Parce qu'on se dit s'il est positif...psychologiquement, on a gâté sa journée » (Assistante sociale, entreprise n°18)

Comme pour les campagnes effectuées « à huis clos » (Chapitre 7), l'entreprise n°18 opère une « mise en scène » des campagnes de dépistage, afin de revêtir les apparences de

« campagnes sans VIH/Sida ». Si leurs organisateurs sont également soucieux de préserver la confidentialité afin de pallier les risques de stigmatisation et de cohésion sociale interne de l'entreprise, d'autres objectifs liés à l' « extension communautaire » s'y ajoutent. D'une part, il s'agit de ne pas faire obstacle au bon déroulement de la campagne de dépistage en raison de gênes que pourraient occasionner des « bénéficiaires secondaires » ; et d'autre part, de préserver l'image de l'entreprise en évitant qu'un scandale public ne vienne leur porter préjudice.

Dans le contexte abidjanais où une offre publique et privée de santé est disponible, ces traitements différenciés ont des conséquences relativement modérées dans la mesure où les *outsiders* ont la possibilité d'avoir accès à une proposition de dépistage du VIH (ou plus largement à des services de santé) en dehors de celle proposée par l'entreprise. Cependant, dans un contexte où l'entreprise représente l'un des rares acteurs pourvoyeur de services économiques et sociaux, comme c'est généralement le cas en zone rurale, ces tensions entre *insiders* et *outsiders* se trouvent exacerbées. Sans services publics extérieurs, la définition des modalités de la responsabilité sociale des entreprises ainsi que l'identification de leurs périmètres d'action recouvrent un impact direct plus important sur leurs micro-sociétés d'accueil. Pour traiter de cette question, j'ai choisi de m'appuyer sur le cas de l'entreprise n°7, qui a la spécificité d'être située au nord du pays, c'est-à-dire dans une région où l'Etat est quasiment absent depuis plus d'une décennie.

2. De l'exploitation locale à la compassion globale. A partir de l'exemple de l'entreprise n°7

L'entreprise n°7 est une ancienne société d'Etat agricole implantée dans le Nord et le Nord-Ouest de la Côte d'Ivoire. Elle se situe donc dans une zone du pays qui a été délaissée par les fonctionnaires pendant près d'une décennie, depuis le début de la crise militaro-politique qui a débuté le 19 septembre 2002. Dénuée d'autorité étatique et contrôlée par les Forces nouvelles, la région offre ainsi un pouvoir accru à l'entreprise privée. Elle en devient un pilier économique, social et politique puissant. Quel est donc le positionnement de l'entreprise privée au sein de sa « micro-société » d'accueil (populations locales et autorités politiques

locales) ? Quel est son impact en matière de santé ? Cette première caractéristique conduit à l'examen de la confrontation de différents rôles de l'entreprise : celui de l'*acteur local*, qui se doit de préserver un paix sociale pour être intégrée et mener à bien ses activités ; et ceux des *acteurs néolibéral* et *managérial* qui poursuivent une finalité économique propre.

Par ailleurs, l'entreprise n°7 a mis en œuvre un programme VIH/sida, suivant un transfert de modèle direct, depuis le groupe (niveau global) jusqu'aux différents sites des entreprises qui le composent (niveau local) (cf. Encadré 43). Le développement d'une politique sociale et sociétale de cette entreprise multinationale a été caractéristique, pour reprendre les termes de l'analyse de Didier Fassin, de l'avènement d'une « économie morale » de la compassion durant les années 1990.

Encadré 43 Un programme VIH/Sida "top/down"

L'entreprise 7 mène des activités dans le Nord et le Nord Ouest de la Côte d'Ivoire, répartie sur trois sites, dans une zone très extensive. Elle encadre des exploitations agricoles de paysans qui approvisionnent leurs usines, transforme la production et commercialise les produits semi-finis. De ce fait, très peu d'employés y sont engagés de manière permanente : elle compte 335 employés permanents et 656 employés saisonniers recrutés pendant la « campagne », qui dure entre quatre et six mois.

Sur l'un de ses sites dans la ville A, une ville moyenne, sous-préfecture de région, les activités sont dispersées sur six lieux différents. Elle y emploie 131 employés permanents (dont 4 femmes), et 147 saisonniers.

En raison de ce faible effectif, le système de santé a été externalisé. Les employés, qui habitent généralement la ville A, (située à 1km du pôle administratif et à 2km de l'usine), se font soigner au centre de santé urbain (CSU) de la ville, qui a conclu une convention avec l'entreprise, et au sein duquel le médecin vacataire de l'entreprise exerce. Celui-ci se rend deux fois par semaine à l'infirmerie pour y effectuer ses consultations. En complément, le médecin chef de l'entreprise, basé à Abidjan y effectue ses visites médicales annuelles (VMA) et des tournées régulières. L'infirmerie a longtemps été non équipée et non fonctionnelle. Ce n'est qu'en 2012 qu'elle a été réhabilitée et a embauché un infirmier et une aide soignante à plein temps.

La décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au sein du district sanitaire dont dépend l'entreprise, s'effectue très tardivement (2008-2009), par le soutien technique de l'ONG américaine ICAP (*International Center for AIDS Care and Treatment Programs*). Le centre de santé (CSU) de la ville A n'est habilité à prendre en charge l'infection à VIH qu'à partir de 2009. Par ailleurs, il jouit dans la région d'une mauvaise réputation : son état de détérioration résulte du retrait de l'Etat de la région et de sérieux problèmes liés à la gestion de la confidentialité ont incité des personnes vivant avec le VIH à se faire suivre à un centre de santé catholique, situé à 40km de piste de là.

En 2004, l'entreprise 7 instaure un programme formel de lutte contre le VIH/sida, calqué sur le modèle de l'entreprise pionnière basée à Abidjan. En effet, elle appartient à un grand Groupe multinational qui affiche sa volonté de promouvoir le développement économique, social et culturel et dont l'une de ses filiales a été une entreprise pionnière de la lutte contre le VIH/sida à Abidjan. Son programme a ensuite été transféré à l'ensemble des filiales du groupe, se situant autant en zone urbaine que rurale.

A ce moment là, aucun employé vivant avec le VIH/sida n'était connu du responsable des ressources humaines, désigné comme le point focal du site. Le VIH/sida n'était pas, selon lui, un problème pour l'entreprise. Une charte a été élaborée, un programme de prévention a été institué (formation de pairs

éducateurs, séances de sensibilisation, etc.) et une prise en charge du VIH/Sida organisée par le médecin chef de l'entreprise, lors de ses visites de terrain. Les rares employés vivant avec le VIH du site ont ainsi été amenés à se déplacer sur Abidjan tous les trois mois pour leur suivi. Avec la décentralisation de la prise en charge, une collaboration a été instituée avec le CSU de la ville A pour le suivi des employés vivant avec le VIH.

Cependant, la greffe n'a pas pris. Les quelques employés interrogés étaient très peu informés de l'existence d'activités de lutte contre le VIH/sida menées au sein de leur entreprise. A titre d'exemple, un employé rencontré, embauché depuis 8 ans ne se souvenait que d'une seule activité VIH/sida menée sur le site. Le fonds de solidarité, créé par le groupe, et auquel chaque travailleur cotise mensuellement, est peu connu des employés, dont son nom est parfois associé à une ONG extérieure. L'absence de priorité de la Direction du site est pointée comme une raison de cet échec.

En 2013, le site a été retenu par le projet du *Round 9* du Fond mondial afin de recycler ses pairs éducateurs. Selon le coordinateur de la formation, l'implication de ces employés à la cause du VIH/sida y est toute relative. Il déclarait : « ils sont en vacances ici ! ». Si seulement trois des sept pairs éducateurs ont pu se libérer, en raison d'un climat social tendu pour cause de retard dans le paiement des salaires, ceux-ci ont eu la possibilité de bénéficier de *per diem* s'élevant à la moitié du salaire moyen de l'entreprise, en 3 jours.

Ainsi, l'entreprise 7 illustre les décalages survenus entre l'imposition d'initiatives extérieures (Groupe, bailleur de fond), répondant à un faible besoin des acteurs directement concernés.

Avec la mise en œuvre de ce programme VIH/sida, la figure de l'acteur *responsable* apparaît. Elle vient interroger la cohérence et les paradoxes des politiques sociales guidées par l'éthique de la compassion, greffées sur une organisation politique, économique et sociale locale.

2.1. L'acteur managérial : l'exploitation d'une force de travail précaire

L'entreprise n°7 n'emploie que très peu d'employés de manière permanente ; elle recourt au moment de la récolte (qui dure entre quatre et six mois) à une main d'œuvre saisonnière. L'entreprise compte ainsi 335 employés permanents et 656 employés saisonniers. Ils sont respectivement 131 et 147 sur le site où ont été menées les enquêtes.

L'entreprise a développé une gestion duale, opposant des conditions privilégiées pour ses employés salariés fixes à une précarité institutionnalisée pour les travailleurs saisonniers. Le système de couverture médicale illustre cette différenciation dans la définition des droits à la santé : d'un côté, le personnel statutaire est assuré par une compagnie d'assurance extérieure, couvrant les cadres à 100% et les non cadres à 80% de leurs dépenses ; de l'autre, les travailleurs saisonniers ont accès à une mutuelle médicale plafonnée à 500.000 FCFA (environ 750 €), avec une couverture de 100% (hors lunetterie), pour la durée de leur contrat. Cette couverture maladie est doublement limitée : dans le temps, puisqu'elle ne couvre pas les

six à huit mois de l'année « hors campagne » ; et dans l'étendue de son application, puisqu'elle ne couvre pas les ayants droits.

2.2. *L'acteur néolibéral* : ressentiments et résistances passives des travailleurs

Les employés saisonniers interrogés ont manifesté de vifs ressentiments à l'égard de la gestion humaine dans l'entreprise, qualifiée parfois d'« inhumaine ». Selon les entretiens effectués auprès des employés saisonniers, les visites réglementaires qui marquent le début de la « campagne » sont effectuées à des fins non pas de soins, mais d'exclusion. Alors qu'à la fin de la campagne, il ne leur est pas proposé de visite de contrôle malgré les risques de toxicité que le travail fait courir. Certains travailleurs ont relaté l'absence d'aide de l'entreprise pour des employés nécessitant des coûts hospitaliers durant l'inter-campagne. Un événement a particulièrement marqué la conscience collective. Un travailleur saisonnier qui avait eu sa main coupée au cours de son activité professionnelle n'avait pas été réembauché par l'entreprise pour la campagne suivante ; ce travailleur ne percevait par ailleurs aucune indemnisation de la part de la Caisse nationale prévoyance sociale (CNPS). A la suite de vives protestations, l'entreprise avait finalement concédé à le réembaucher en tant que manœuvre occasionnel. Cet exemple est caractéristique d'une économie politique marquée par un régime d'exploitation où la valeur des individus est fonction de leur apport en tant que force de travail et au sein duquel le corps blessé ou le corps malade est considéré comme illégitime (Fassin 2009, 1258). Ce type de régime se caractérise par la « suspicion » permanente de l'employeur face à des employés qui chercheraient, par les accidents du travail ou les arrêts maladie, à usurper le système (Fassin 2009, 1259). Cette défiance a été couramment observée au sein des différentes entreprises privées rencontrées.

Face à ce « régime d'exploitation », c'est l'absence de revendications actives qui prévaut, dans un contexte où les syndicats sont dénoncés pour leur inefficacité et leur collusion avec la Direction, comme cela m'a également été fréquemment rapporté par les employés d'autres entreprises. Plutôt que des protestations actives, les travailleurs s'adaptent à cette précarité, en développant des stratégies économiques complémentaires qui leur permettent ainsi de s'autonomiser objectivement et subjectivement de la dépendance à l'entreprise. Je parle d'« autonomie subjective », dans la mesure où les employés sont tous, objectivement, soumis à une même situation d'« exploitation », tout en percevant cette dépendance, subjectivement,

de manière différente. Ainsi, si les saisonniers ont généralement développé des activités de culture vivrière en complément de leurs salaires, certains perçoivent leur emploi salarié comme leur activité principale (*dépendance subjective à l'entreprise*). D'autres, en revanche, le conçoivent comme un revenu complémentaire à leurs cultures, qui leur permet d'assurer la période de soudure de leurs récoltes personnelles, ou de développer leurs investissements agricoles (*autonomie subjective à l'entreprise*).

Les travailleurs rencontrés ont ainsi exprimé une profonde ambivalence à l'égard de l'entreprise : ressentiment, frustration, désillusion, cohabitent avec l'espoir né des opportunités économiques. Au moment de la « campagne », les saisonniers perçoivent un salaire moyen d'environ 70.000 FCFA par mois (voire 100.000 FCFA avec les heures supplémentaires et primes), alors que le salaire minimum national s'élève à 36.000 FCFA³⁷⁷ et que le Centre Nord Ouest (CNO) fait partie d'une des régions les plus pauvres du pays (PNUD 2013). Les travailleurs saisonniers se situent donc dans une condition économique et sociale intermédiaire, bénéficiant partiellement de l'oasis de richesse que représente l'entreprise, au sein d'une ville et d'une région « désertiques ».

2.3. L'acteur local

Un pouvoir économique, social et politique
exacerbé par l'absence étatique

L'entreprise n°7 est une ancienne société d'Etat, privatisée en 1998, qui est devenue un élément constitutif de l'identité de la ville et de la région. L'activité de ses habitants y est rythmée par le mode binaire de la production où se succèdent les périodes d'activité des « campagnes » aux périodes creuses. Avec la crise ivoirienne, tandis que les fonctionnaires (administratifs, santé, éducation, etc.) ont déserté la ville et que les investissements se sont taris, elle a suppléé à l'absence de pouvoir étatique et acquis un surcroît d'autorité politique. Elle gouverne ainsi dans la région, par un pouvoir discrétionnaire, accordant ponctuellement son soutien à des projets sociaux (forages, réhabilitation de pompes hydrauliques, appuis aux groupements féminins, alphabétisation, etc.), tout en étant engagée à verser un budget annuel

³⁷⁷ En mars 2013, le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) ivoirien a connu une hausse de 36.607 FCFA à 60.000 FCFA

à la mairie. Comme l'exprimait l'un de ses habitants rencontrés, c'est elle qui « fait la ville ». Ainsi, face à un Etat absent (ou quasi-absent³⁷⁸), les actions sociales de l'entreprise se trouvent mécaniquement mises en valeur (Boidin 2013).

Des actions sociales *market based*

Dans le domaine spécifique de la santé, l'entreprise a développé un ensemble d'actions orientées vers son intérêt (*market based*) (Hommel 2013). A cela, deux exemples : le premier à l'échelle de la ville et le deuxième à l'échelle de la région. Tout d'abord, si elle a alloué un financement destiné à soutenir les équipements du centre de santé urbain de la ville avoisinante, celui-ci a essentiellement été utilisé afin de réhabiliter une salle d'attente, réservée à son propre personnel. Par ce geste, l'entreprise a exporté la frontière symbolique séparant les *insiders* privilégiés de l'entreprise de leurs *outsiders*, au sein de l'espace sanitaire public. La qualité du traitement et de la considération des patients se trouve ainsi déterminée, de manière formelle, par leur appartenance professionnelle.

Comme deuxième exemple, l'entreprise a développé, dans le cadre de ses activités sociales, un tissu de 188 « cases de santé » au sein de la région, afin d'assurer des services de santé primaire à des populations rurales isolées, sous la supervision de l'entreprise³⁷⁹. Aujourd'hui, la viabilité de ces cases de santé est largement remise en cause, se transformant, à titre anecdotique, pour certaines d'entre elles visitées, en église, en entrepôt, lorsqu'elles ne sont pas désertées. Si ce projet effectué en partenariat avec la coopération allemande (DGE) a affiché des buts sociaux tout en servant l'intérêt des entreprises par l'amélioration de la santé de leur force de travail indirecte, les retombées symboliques et politiques ont été primordiales. Dans un secteur agricole marqué par une forte concurrence (trois grandes entreprises se partagent le secteur), ce projet a pour vocation de « fidéliser » les paysans agricoles à l'entreprise. A travers ce « patronage volontaire », c'est un projet éminemment économique et politique qui se joue en trame de fond (Hommel 2013). L'entreprise réaffirme son rôle de protecteur à l'égard des populations, dans un contrat implicite, en échange de leur allégeance. De manière symbolique, cette action permet également à l'entreprise de parsemer la région de

³⁷⁸ Au moment de l'enquête, la ville était sur le point de redevenir une préfecture

³⁷⁹ Le développement de ces cases de santé a été promu avec le soutien de la DGE (organisme financier de la coopération allemande). Elles sont situées dans des villages éloignés de dispensaires et fonctionnent en auto-gestion : des agents de santé volontaires (ASV) (extérieurs à l'entreprise, généralement des paysans), ont été formés par le médecin de l'entreprise et assurent la délivrance de médicaments de base.

ses logos et de ses couleurs, peints sur les murs des cases de santé, et de « marquer » véritablement son territoire.

Un « monde local de valeurs »

Ainsi, elle participe à la création et au maintien d'un « monde local de valeurs »³⁸⁰ (Scott 1976; Fassin 2009, 1249), unissant l'entreprise à ses habitants de la région. Ce système représente un certain pacte moral qui unit les riches et les pauvres. Chaque partie développe un ensemble d'attentes et de préférences à l'égard des autres, qui « s'expriment dans le langage du patronage, de l'assistance, de la considération, de l'obligance » (Scott 1976, 184)³⁸¹. De ce que J.C. Scott a pu observer dans le contexte des paysans du Sud Est asiatique sous la colonisation, ce pacte moral partagé explique la rareté des contestations de la population à l'égard de ces conditions économiques d'exploitation objectives.

Cependant, certains événements témoignent de cette tension larvée et de la violence symbolique que l'entreprise exerce au cœur de la région. De manière paroxystique, son Directeur général fut kidnappé par un petit groupe d'individus, il y a de cela quelques années. Cet événement peut être interprété comme un moment de rupture, où l'« injustice effective » s'est transformée en « injustice perçue », (et combattue) : un processus qui apparaît « quand l'éthique du capitalisme met à l'épreuve l'ethos des pauvres », c'est-à-dire, quand « l'accord implicite sur le cadre de l'exploitation tolérable est rompu » (Fassin 2009, 1248). Effectivement, les retombées sociales de l'action de l'entreprise sur le bien-être des populations semblent limitées. Son pouvoir est essentiellement discrétionnaire : depuis 2002, l'entreprise a suspendu son soutien à la mairie, c'est-à-dire au seul canal qui pourrait permettre une action planifiée. Deux versions coexistent : pour certains, c'est une réponse de l'entreprise à des suspicions de détournements de fonds des pouvoirs publics, et pour d'autres, c'est une justification élaborée par l'entreprise pour cesser ses financements. Dans un cas comme dans l'autre, c'est la population qui se trouve privée des retombées sociales de l'économie locale. La transformation des ressources économiques en « ressources de vie » est ainsi faible.

Ainsi, si cet acte a exprimé une manière de lutter contre l'injustice sociale perçue, il est resté par ailleurs « marginal », dans la mesure où il n'a pas remis en cause les rapports de

³⁸⁰ Selon une expression de Didier Fassin, élaborée à partir des études de J.C. Scott sur les conditions des paysans du Sud Est asiatique sous la colonisation

³⁸¹ cité par (Fassin 2009, 1249).

production (Fassin 2009, 1248). L'épilogue de cet événement est ironique ou tragique. En alimentant la « mauvaise réputation » de la région, en raison de l'« indiscipline » dont la population s'est trouvée accusée, il a participé à empêcher l'implantation de la plus grande entreprise de transformation de l'anacarde jamais construite dans sa région. Aujourd'hui, cette entreprise qui s'est finalement implantée à Bouaké et emploie 2.400 individus, fait l'objet de vives accusations quant à ses pratiques d'exploitation de sa force de travail (main d'œuvre exclusivement journalière, refus de l'entreprise d'appliquer l'augmentation du Smig, provoquant une grève en 2013, etc.). Ce *kidnapping* a-t-il contribué à éviter une nouvelle forme d'exploitation sous la figure d'une nouvelle entreprise ? Ou bien a-t-il participé à empêcher sa population de bénéficier de ressources économiques, si précieuses en période de rareté ?

2.4. La greffe de l'acteur responsable

L'entreprise n°7 représente un acteur traversé par des logiques différenciées et antagonistes. Au niveau local, les précédentes sections ont montré qu'elle a développé une « économie politique » fondée essentiellement sur l'exploitation de la force de travail et sur la domination de la population locale. Au niveau global, elle a impulsé une politique sociale fondée sur une « économie morale » qualifiée de compassionnelle. Ainsi, le programme VIH/sida de l'entreprise fait partie des activités qu'elle conduit dans le cadre du registre de sa « responsabilité sociale ».

Selon Didier Fassin, ce type de configuration ne témoigne pas tant de la substitution d'une économie politique à une économie morale, que d'une « reconfiguration simultanée et partiellement liée d'une économie politique et d'une économie morale » (Fassin 2009, 1259). Ainsi, certains faits sociaux, traités de manière politique à un niveau global, se caractérisent par une absence de continuité d'une échelle à l'autre, suscitant une confrontation de leurs « économies morales » locale et globale (Fassin 2009, 1261).

C'est ainsi que, au sein de l'usine de l'entreprise, certains travailleurs saisonniers aux conditions de travail fragiles emballent des produits marqués par le symbole de la compassion - le ruban rouge du VIH/Sida - prêts à être envoyés à l'autre bout de la planète, vers des sociétés occidentales « compassionnelles ». Ils envoient le symbole de la protection dont ils sont censés bénéficier, alors qu'eux-mêmes n'ont peut-être pas eu la connaissance de ces programmes VIH/sida.

Cette figure représente tout le paradoxe et l'aporie du référentiel de la compassion, plaqué sur un mode de production fondé sur l'exploitation. Ainsi, du régime de la compassion, nous pourrions émettre l'hypothèse d'une « idéologie de la compassion », servant à légitimer une division internationale du travail sans pour autant la transformer (ou alors de manière superficielle). Cette hypothèse se situe dans le prolongement des chercheurs critiques (et marginaux) analysant le concept de la Responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) pour qui la RSE est devenue le « nouveau compromis productif » de la mondialisation, sans pour autant modifier les conditions structurelles de production (Postel et Sobel 2013). Cependant, est-ce à dire que les programmes des entreprises privées, fondés sur une « éthique de la responsabilité » ou de la « compassion » et déconnectés des contextes locaux, ne trouvent pas de réalisations concrètes ? Au-delà du contexte spécifique des entreprises agricoles « souveraines » en leurs territoires, quels peuvent être les impacts sociétaux des entreprises à plus large échelle ?

3. Le pouvoir des entreprises privées dans la gouvernance locale de la santé

Je vais étudier les conséquences concrètes d'un phénomène en voie d'intensification au sein du marché néolibéral sur la définition du droit à la santé des travailleurs à un niveau local. Il s'agit des pratiques d'externalisation, de sous-traitance et de délocalisation regroupées sous le terme générique de « désintégration verticale du travail » (Valentin et Thévenot 2013). Comment ces nouvelles stratégies de production « désintégrées » initiées par l'*acteur néolibéral*, transforment-elles son périmètre de responsabilité et ses modalités d'application en tant qu'*acteur local* ?

3.1. « Désintégration verticale du travail » : rencontre de l'acteur néolibéral avec l'acteur local

Jusqu'à présent, chacun des exemples développés au sein des sections 1 et 2 a montré les différences de droits au travail et à la santé qui distinguent les employés statutaires des travailleurs flexibles et précaires. Le cas de l'entreprise n°11 soulevait la question du traitement des stagiaires et des employés temporaires : une question relativement « banale » au sein des entreprises privées. Tandis que l'entreprise n°7 posait celle des employés saisonniers : une pratique traditionnellement généralisée au sein du secteur agricole³⁸². Je propose désormais d'examiner le cas plus spécifique des entreprises multinationales dont le mode de production repose sur un phénomène en pleine expansion depuis une trentaine d'années et qui affecte l'organisation de la division internationale du travail. Il s'agit de ce que Nadine Thèvenot et Julie Valentin appellent la « désintégration verticale du travail » (Valentin et Thèvenot 2013). En quoi ce processus a-t-il transformé la délimitation des responsabilités qui incombent aux entreprises ?

Cette « division hiérarchique du travail inter-entreprises » oppose des entreprises « donneurs d'ordres » aux effectifs restreints à un réseau d'entreprises « preneur d'ordres ». Elle a pour conséquence de permettre à des grandes entreprises multinationales de « mobiliser du travail en s'affranchissant du droit du travail » (Valentin et Thèvenot 2013, 428). Les organisations internationales, telles que l'Organisation de la coopération et du développement économique (OCDE) ou le Bureau international du travail (BIT), commencent à se mobiliser sur cet enjeu et ses conséquences sociales, sans être parvenues pour l'instant à un consensus normatif commun, et *a fortiori*, à l'identification de solutions contraignantes³⁸³.

Par ailleurs, ces multinationales exercent généralement dans des secteurs controversés et sont ainsi fermement engagées dans des processus de légitimation symbolique (Développement durable, Responsabilité sociale de l'entreprise, certification, chartes de bonne conduite, incluant notamment l'enjeu du VIH/Sida).

³⁸² A noter que, si l'entreprise n°7 a été choisie afin d'illustrer la problématique des travailleurs saisonniers, elle n'est cependant pas représentative de l'ampleur du phénomène, en raison de ses effectifs limités (environ 600 saisonniers et 300 employés fixes). Cette main d'œuvre saisonnière peut dépasser le millier de travailleurs au sein de grands complexes agro-alimentaires (telles que pour les entreprises 1, 4, 5 et 6).

³⁸³ Un rapport de l'OCDE a mis au jour les conséquences sociales de ce recours croissant à la sous-traitance (Conseil économique et social 2005), tandis que les études se développent au sein du BIT quant aux nouveaux besoins de protection sociale de ces travailleurs « extériorisés », sans que de consensus n'ait permis jusqu'à ce jour de recourir à une recommandation (Bureau International du Travail 2006).

3.2. Des « citoyennetés différenciées ou « graduées »

En Côte d'Ivoire, la « désintégration verticale du travail » concerne essentiellement des entreprises multinationales de secteurs économiques à forts revenus tels que le café-cacao et le pétrole, représentées dans mon échantillon par les entreprises 15, 17, 19 et 22. Ce fait se rapporte moins à la délocalisation qu'à l'externalisation et à la sous-traitance. Les effectifs directs de ces entreprises sont ainsi très peu nombreux (respectivement 600, 310, 150 et 230 employés), et font partie d'« îlots de privilèges », notamment en matière de santé. Si les firmes multinationales développent des conditions de travail optimales, notamment au regard de leurs engagements éthiques affichés au sein d'arènes internationales, celles-ci contrastent avec l'ensemble du réseau d'entreprises de sous-traitance, d'externalisation, d'intérimaires ou de coopératives de producteurs (dans le cas du café-cacao), évoluant au sein d'arènes nationales.

Dès lors, un régime de santé à double vitesse s'est instauré. L'exemple de l'entreprise n°13 est à cet égard éloquent. Il s'agit d'une entreprise spécialisée dans la mise à disposition de travailleurs intérimaires dans de nombreux secteurs d'activités³⁸⁴. Elle emploie environ 8.000 employés au total : 2.000 sont embauchés de manière fixe (CDI) (puis mis à disposition au sein d'autres entreprises), 6.000 sont embauchés directement comme intérimaires. Certaines entreprises « donneurs d'ordre » (notamment pétrolières) qui font appel à ses services, exigent ainsi de l'entreprise n°13 qu'elle soit en règle avec les dispositions de la médecine du travail, et qu'elle effectue ainsi des visites médicales annuelles des travailleurs intérimaires qu'elle leur fournit. Cette pression commerciale s'avère efficace. En comparaison aux cadres de contrôle étatiques, l'entreprise n°13 se voit dans l'obligation de s'y conformer. Cependant, les dirigeants de cette entreprise appréhendent la protection de la santé des travailleurs davantage comme une charge que comme une norme légitime. Le médecin de l'entreprise n°13 exprimait les lourdes réticences de ses dirigeants :

« En fait, les sociétés qui travaillent dans le pétrole, en principe, il y a toute une panoplie de bilans à faire : faut faire les oreilles, le foie, le sang, les urines... C'est énorme ! Mais c'est normal, ils sont exposés à des essences volatiles, ils respirent beaucoup de choses, ya du bruit, donc faut vérifier beaucoup de choses ! Donc quand tu fais le calcul par personne, ça te revient à 90.000 ou 100.000 FCFA par personne. (*Nom de l'entreprise n°13*), ils sont obligés de prendre sur leurs « bénéfices », ils ne veulent pas sortir 100.000f par personne : ils veulent descendre à 15.000f par personne, et encore ils ne le font pas systématiquement ! » (Médecin entreprise 13)

³⁸⁴ A savoir : agro-industrie, agroalimentaire, télécom, banque, assurance, pétrolier, minier, industrie, transit, service, ONG, maintenance maritime, transport et logistique.

La réglementation du travail préconise que des examens de surveillance soient effectués auprès des employés, en fonction des risques spécifiques rencontrés dans leurs activités professionnelles. C'est ainsi que les employés intérimaires embauchés ponctuellement au sein de grandes entreprises « donneurs d'ordres » devraient également se soumettre aux tests de contrôles médicaux que nécessite ce contexte à risque. Or, cette réglementation est floue (absence de définition des contrôles à effectuer par secteur d'activité), obsolète (elle date de 1967) et peu appliquée (absence de contrôle de médecins inspecteurs du travail). Elle offre ainsi une large place à l'interprétation. Les entreprises deviennent dès lors souveraines au sein de leurs espaces de production et exercent un véritable « biopouvoir » sur leurs employés.

« Alors nous, on ne protège même pas nos agents, par rapport aux agents (*ndlr : statutaires des entreprises*). Alors qu'ils font exactement le même travail, ils sont exposés aux mêmes risques. A long terme, si on veut bien voir, je suis certain que si on fait le point, au bout de 10, 15, 20 ans d'activités, je suis sûr que nos agents, quand ils ont fini de travailler avec nous, ils meurent plus vite que les agents qui sont employés...Non sérieusement ! Parce qu'on ne fait aucun contrôle !! » (Médecin entreprise 13)

Dès lors, l'intervention des entreprises privées génère, selon l'expression de Aihwa Ong, des « citoyennetés différenciées » ou « graduées », c'est-à-dire que des droits (et notamment à la santé) sont définis en fonction de l'entreprise à laquelle les individus appartiennent. Cette situation corrobore ce que Aihwa Ong a mis en exergue à partir d'une étude réalisée sur les pays d'Asie du Sud Est. Elle a montré que les territoires nationaux se présentaient aujourd'hui comme des « échiquiers » au sein desquels coexistaient des « citoyennetés diversifiées », façonnées par les exigences du marché et des critères néolibéraux (Ong 2000, 109). Cette « souveraineté graduée » a été facilitée par des Etats soucieux d'attirer des investisseurs étrangers, mettant en place des politiques à la fois flexibles (maintien d'une main d'œuvre bon marché) et autoritaires (répression de grèves syndicales) dans leur territoire. En conséquence, certaines grandes entreprises étrangères ont été amenées à endosser des pouvoirs étatiques dans ces dites zones. En Côte d'Ivoire, le pouvoir de ces multinationales s'est posé également de manière inattendue.

3.3. Le pouvoir des pôles oligopolistiques en matière de santé et sécurité au travail

Le pouvoir économique de ces entreprises oligopolistiques est tel qu'elles sont devenues des leviers pour la promotion des conditions de sécurité et de santé au travail, en imposant un

niveau de surveillance médicale minimal à leurs entreprises partenaires (sous-traitance, intérimaires). Le médecin de l'entreprise 13 continuait

« Mais Shell nous impose ! Si vous ne faites plus vos bilans, on exclut vos agents. Parce qu'on ne peut pas les exposer aux mêmes risques que nos agents à nous, qui sont titulaires embauchés, et vous ne suivez pas vos agents ! Alors peut-être qu'ils pourront être malades et venir contaminer...attraper la tuberculose par ex, il faut une radio pour le savoir...Donc il faut protéger vos agents ! Ils peuvent travailler ensemble sur les mêmes sites ! Mais si vous ne les dépistez pas, si vous ne les soignez pas, nous on veut plus. Donc c'est comme ça qu'ils sont obligés » (Médecin entreprise 13)

Ces exigences sont motivées tant à des fins sécuritaires, pour protéger leur main d'œuvre, qu'à des fins symboliques, en anticipant volontairement les critiques qui pourraient leur être adressées (Hommel 2013), notamment en raison de cette systématisation du recours à une externalisation à tendance déresponsabilisante. En étant engagés, au niveau global, dans des processus « éthiques », ces pôles oligopolistiques sont devenus de manière inattendue de véritables pouvoirs de régulation privés en matière de santé au sein de leur réseau d'entreprises partenaires. Par là-même, ils ont suppléé à certaines responsabilités étatiques, non seulement au sein de leurs entreprises (en octroyant des services de santé), mais à l'extérieur, auprès de leurs entreprises partenaires (par leurs conditions commerciales), et du secteur privé (par leur modèle). Ainsi, « les recombinaisons de forces globalisantes et d'éléments localisés (ont produit) des environnements distinctifs » (Ong 2000, 110).

Ce constat conduit à poser la question suivante : bien que produisant des avancées effectives à des niveaux micro-sociaux (auprès de leurs employés et de leur sphère d'influence directe), les entreprises sont-elles pour autant capables de produire des biens publics à l'échelle nationale ? Bruno Boidin appelle à une mise en garde de cette fragmentation caractéristique de la gouvernance mondiale actuelle : « une somme d'initiatives innovantes ne constitue pas une stratégie nationale ou internationale ambitieuse de santé publique » (Boidin 2012, 122). Afin d'apporter des éléments de réponse à la question de l'impact des entreprises privées sur l'accès à la santé à un niveau national, je vais désormais analyser de manière plus approfondie l'exemple de la couverture maladie. Je change ainsi de niveau d'échelle, en passant d'une échelle locale (sphère d'influence directe des entreprises privées) à une échelle nationale (système national de santé).

4. Du local au national : des assurances santé privées à la couverture maladie universelle ?

Selon une approche néolibérale, la mise en œuvre de stratégies de préservation et d'amélioration du capital humain au sein des entreprises, pourrait avoir un effet positif pour l'ensemble de la population. La création d'un marché de l'assurance stimulé par une logique concurrentielle permettrait à un groupe croissant d'individus d'y avoir accès. Selon ce modèle, le rôle des pouvoirs publics se doit d'être « frugal », avec pour une unique tâche de créer les conditions favorables d'un tel cercle vertueux (Foucault 2004). Je propose de mettre en perspective ici l'essor des assurances maladies des entreprises privées avec la problématique actuelle de la couverture maladie universelle en Afrique subsaharienne. Dans quelle mesure l'avancement des entreprises privées dans le domaine de la couverture maladie peut-il profiter à d'autres secteurs de la société ?

4.1. L'essor des assurances maladie en entreprises : le levier d'appui du VIH/Sida

Les mutuelles d'entreprises en Côte d'Ivoire,
avant le VIH/Sida

En Côte d'Ivoire, jusque dans les années 2000, l'organisation des systèmes d'assurance maladie au sein des entreprises privées était limitée. Jusque dans les années 1980, les entreprises ont développé des mécanismes de protection sociale largement informels et ponctuels (dons, prêts et avances, assurances interne ou externe, fonds spécial) afin de soutenir leurs employés dans une large étendue de domaines (scolarité, funérailles, maladie, achats d'équipements, maison, véhicule, appareils ménagers, investissement dans une activité extra-salariale). En matière d'accès à la santé et à la couverture maladie, les premières initiatives ont consisté à mettre en place une infirmerie, contracter des accords avec des médecins extérieurs et des officines ou octroyer des avances sur des frais médicaux qui étaient ensuite prélevés sur les salaires (Bazin et Yao Gnabeli 1996). C'est à partir du début des années 1980 que les systèmes d'assurance maladie se sont formalisés, en suivant deux voies : par le recours à des compagnies extérieures (stratégie encore minoritaire) ou par la constitution de fonds d'assurance maladie internes à l'entreprise, généralement sous une

forme mutualiste (Bazin et Yao Gnabeli 1996, 10). Cependant, dans les années 1990, Laurent Aventin et Pierre Huard décrivaient encore l'offre de couverture maladie en entreprises comme étant rare, fortement hiérarchisée (entre le personnel qualifié et non qualifié), paternaliste et peu organisée. Les employeurs percevaient la mise en place d'un système de santé davantage comme une « charge » ou une « faveur », que comme un investissement (Aventin et Huard 1998). Et les quelques mesures instaurées concernaient essentiellement le personnel cadre et expatrié, alimentant les revendications du personnel exclu de ce système (Bazin 1995). Or, de manière paradoxale, l'arrivée du VIH/sida a contribué à développer les systèmes de couverture maladie au sein des entreprises privées dans les années 2000.

Démocratisation de la couverture maladie au sein des entreprises privées : l'effet de levier du VIH/sida

Dans un premier temps, l'arrivée du VIH/sida a généré un ensemble d'effets négatifs sur les systèmes d'assurance maladie, suite à l'augmentation des cotisations et des primes d'assurance et à l'exclusion des personnes vivant avec le VIH des contrats d'assurance (Aventin et Huard 1998). C'est ainsi qu'ont été créés les « fonds sida », afin de pallier ces blocages issus des compagnies extérieures ou des mutuelles internes menacées de faillite. Suite à la baisse du prix des ARV, les personnes vivant avec le VIH ont pu être intégrés progressivement au sein des contrats d'assurance. Entre 2004 et 2008, les entreprises privées souscrivaient une « garantie VIH », qui nécessitait une *subprime* de leur part. Puis, avec la gratuité du traitement et des bilans biologiques, le VIH/sida a été réintégré au sein du barème global des compagnies d'assurances. Aujourd'hui, dans un retournement de situation étonnant, certaines entreprises ont adopté une politique de « discrimination positive » à l'égard de leurs employés infectés par le VIH/sida, couverts à 100% pour l'ensemble de leurs soins, qu'ils soient ou non liés à la maladie.

Au-delà des seuls progrès touchant les employés infectés par le VIH/sida, les programmes dédiés à cette pathologie ont eu des effets bénéfiques sur l'ensemble du système de couverture maladie des entreprises ainsi que sur leur qualité. Ce n'est pas tant en raison de l'impact économique de la maladie sur la force de travail (Chapitre 4) que de la politisation de cet enjeu. En effet, l'instauration de programmes qui seraient essentiellement fondé sur des

considérations purement économiques aurait eu tendance à privilégier des systèmes inégalitaires (Van der Borgh et al. 2006). En communiquant sur leurs actions dans un milieu hautement investi par la société civile, les entreprises privées ont eu tout intérêt à minimiser le risque de scandales qui auraient pu se retourner contre elles, dans la lignée de la mauvaise expérience de l'entreprise *Coca-Cola* et à développer une approche « citoyenne » en adoptant des systèmes démocratiques. Or, la mise en place des programmes d'accès aux ARV pour tous les employés infectés, sans distinction de qualification, a eu un effet boule de neige sur l'ensemble du système de couverture maladie. C'est ainsi qu'au cours des années 2000, l'instauration de régimes maladie complémentaires s'est développée et vulgarisée dans les entreprises ivoiriennes.

Le système de couverture maladie des entreprises privées ivoiriennes aujourd'hui

Les salariés des grandes entreprises privées bénéficient de la couverture du régime obligatoire : aux côtés des fonctionnaires qui sont couverts par la MUGEFCI (Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat) (426.590 bénéficiaires, dont 194.591 fonctionnaires en 2005), les salariés du secteur privé formel sont couverts par la CNPS (Caisse nationale de prévoyance sociale), afin de pallier certains risques ou situations tels que les accidents du travail et les maladies professionnelles, la maternité, la retraite et l'invalidité et d'octroyer des allocations familiales. La CNPS n'assure pas le volet de l'assurance maladie. En complément, les entreprises proposent donc généralement la souscription à un régime volontaire : soit en ayant recours à des assurances privées commerciales ; soit par l'organisation de mutuelles en interne (ou inter-entreprises) qui couvrent le personnel peu qualifié ; soit en organisant un système d'assurance géré en autofinancement. Au sein des entreprises enquêtées, différentes configurations ont été rencontrées : recours exclusif à une compagnie d'assurance extérieure pour tous les employés ; recours à une assurance extérieure pour le personnel qualifié et organisation d'une mutuelle pour le personnel moins qualifié ; auto-assurance, avec ou non l'appui d'un gestionnaire extérieur ; ou encore, une absence de couverture maladie complémentaire. La contribution de l'employeur et des employés est variable, entre 0% (pour une mutuelle auto-gérée) et 100%, avec une règle généralement admise du 80/20 (Séry 2006). En matière de remboursements, la part du ticket modérateur varie entre 0 et 25% en fonction des entreprises, des types de soins et du niveau de

qualification des employés, avec un système de plafonnement et la possibilité de facilités (dérogation ou pré-paiement) en cas de dépassement.

4.2. Les entreprises privées : un levier dans l'essor de la protection sociale nationale ?

Cependant, dans quelle mesure ces progrès ont-ils pu bénéficier à une population plus large que la sphère d'influence directe des entreprises ?

Un impact national limité

L'impact des entreprises sur l'amélioration du système de couverture maladie tend à rester circonscrit, et ce pour quatre raisons. Premièrement, parce que la proportion des employés d'entreprises du secteur formel qui bénéficient d'une assurance maladie de qualité (externe ou interne) est trop faible pour avoir un impact global sur l'amélioration de l'offre du système de santé publique (Letourmy, Fournier et Dussault 2006). Les employés des entreprises privées de la Côte d'Ivoire, comme ceux de l'Afrique subsaharienne, font partie de la minorité de privilégiés bénéficiant d'une couverture maladie. Les produits d'assurance maladie sont extrêmement coûteux pour la majorité de la population ivoirienne (entre 300 et 600 \$ par an et par individu pour un contrat d'assurance privée³⁸⁵), et les employés d'entreprises privées représentent environ 80% des clients de certaines compagnies d'assurances (Lezou 2006). En Côte d'Ivoire, bien que le marché des assurances commerciales soit plus dynamique que celui de la région d'Afrique francophone, dont la part est généralement inférieure à 1% (Séry 2006), il reste fort limité (3% de la population ivoirienne) et à destination d'une élite urbaine. Il a été montré qu'en dehors de l'Afrique du Sud, de la Namibie et du Zimbabwe, le faible développement des régimes d'assurances maladies privées n'a généré pour l'instant qu'un faible impact sur le financement des systèmes de santé nationaux (Feeley, Connelly et Rosen 2007).

Deuxièmement, en raison du manque de transparence et de réglementation des mutuelles des entreprises internes, accusées par certains acteurs du secteur de la santé privé, de concurrence

³⁸⁵ Source : (Séry 2006, 272).

déloyale, empêchant l'essor des produits d'assurances privés extérieurs (Auffret et Bonny 2008).

Troisièmement, en raison de la capacité limitée d'une couverture maladie, fondée sur un système d'assurances maladie privé, de bénéficier à l'ensemble de la population. Il a été montré dans d'autres contextes (Etats-Unis, Amérique latine) que ce système avait davantage tendance à creuser les inégalités dans l'accès aux soins ((Drechsler et Jütting 2005).

Quatrièmement, en raison de l'absence d'intégration de ces initiatives privées à des politiques nationales. Il a été montré, à partir du cas du Gabon, que cette absence de coordination avait tendance à augmenter les inégalités (Boidin 2013, 110). Or, au sein des sociétés occidentales, si le développement de la couverture maladie universelle est né à partir des expériences des mutuelles d'entreprises, c'est grâce à l'intervention des pouvoirs publics. A la fin du XIX^{ème} siècle, l'autorité et l'efficacité de l'administration publique ont permis de généraliser ces mécanismes qui faisaient face à de nombreuses limites (cotisations restreintes, taille limitée, manque d'expertise gestionnaire), et de les rendre viables (Swaan de 1988). Robert Castel a ainsi mis en évidence la manière dont la couverture maladie universelle s'est construite en France à partir d'une relation triangulaire entre les entreprises privées, l'Etat et la population (spécialement les salariés) (Castel 2013). Or, contrairement aux Etats de l'Europe du XIX^{ème} siècle, les stratégies actuelles mises en œuvre pour développer la couverture maladie en Afrique subsaharienne ne sont pas tant le fruit d'initiatives issues du secteur économique et généralisées par un Etat-Providence ou un Etat social, que le résultat de l'hybridation entre différentes logiques endogènes (mutuelles d'entreprises, mutuelles communautaires, fonds de solidarité, « tontines »³⁸⁶, etc.) et exogènes (importation de modèles d'assurance obligatoire, soutien des bailleurs). Dans le défi global de la couverture maladie universelle en Afrique subsaharienne, si l'assurance maladie privée est une solution fortement soutenue par certaines organisations internationales (notamment celles issues de *Bretton Woods*), c'est aux côtés d'autres réponses alternatives, de manière fragmentée (cf. Encadré 44).

³⁸⁶ La tontine est une forme d'association d'épargne mutuelle en Afrique, qui permet à ses membres de recevoir tour à tour le produit des cotisations rassemblées. Elle sont particulièrement développées au Cameroun.

Encadré 44 L'assurance maladie : quelles solutions pour les pays à faibles revenus ?

Depuis l'échec de la stratégie de recouvrement des soins promue par l'Initiative de Bamako (1987) et la difficulté persistante à augmenter les budgets gouvernementaux alloués à la santé, l'assurance maladie privée est pointée par de nombreux acteurs (pays à faibles revenus, agences multilatérales, bailleurs) comme un moyen au fort potentiel pour améliorer l'accès à des soins de qualité pour les populations les plus pauvres. En effet, il est estimé que 1,3 milliard de personnes dans le monde n'ont pas accès à des soins de santé abordables et efficaces, et que les pays en développement supportent 93% de la charge de morbidité liée à la maladie, avec seulement 11% des dépenses mondiales de santé³⁸⁷.

Ce système fondé sur la collecte et la redistribution des ressources, sur le paiement par anticipation ainsi que sur la mutualisation des risques, revêt quatre formes principales : l'assurance maladie privée (AMP), la micro-assurance privée, l'assurance maladie communautaire (AMC) et l'assurance maladie sociale (AMS)³⁸⁸.

L'**assurance maladie privée (AMP)** propose une protection financière et un accès à un système de santé de qualité aux individus aux revenus les plus élevés des populations. En général, elle s'avère particulièrement inéquitable, tant au niveau de l'exclusion des populations à faibles revenus, que des individus aux profils présentant des risques sanitaires élevés (méthode de l'écramage), dont les personnes vivant avec le VIH/sida.

La **micro-assurance privée** est également une assurance à but lucratif, mais offre des avantages plus limités (soins de santé primaire, contribution à l'hospitalisation) qui cible des personnes plus pauvres (primes basses). Ce système est également susceptible d'exclure les groupes aux profils à risques élevés (telles que les personnes vivant avec le VIH).

L'**assurance maladie communautaire (AMC)** est un mécanisme non lucratif basé sur la solidarité de personnes au sein d'un groupe restreint de personnes qui s'est fortement développé en Afrique. Il est soutenu par la coopération internationale sous l'appellation de « mutuelles de santé », notamment en zone rurale. Si ce système permet d'atteindre des populations aux revenus limités, avec une solidarité plus forte entre ses membres, il souffre généralement d'un manque de capacités gestionnaires, d'un faible niveau de remboursements et d'une forte dépendance au système de santé public en place.

L'**assurance maladie sociale (AMS)** repose sur un mode d'adhésion obligatoire, avec des primes définies proportionnellement aux revenus. Ce système est le plus à même d'assurer une couverture maladie universelle en générant des « subventions croisées » entre ceux en bonne santé et ceux en mauvaise santé, ainsi qu'entre les groupes les plus riches et les plus pauvres. Le financement est généralement assuré par les employeurs, les ouvriers et le gouvernement. Afin de couvrir le système informel, ce système peut également être financé par l'imposition. Ce système, largement institué dans les pays de l'OCDE, requiert de fortes capacités gestionnaires de l'Etat et est souvent plus difficile à mettre en place dans les pays à faibles revenus.

Si ces différents systèmes d'assurance ont suscité de nombreux espoirs quant à leurs capacités à faire baisser les contributions directes publiques (nationales et internationales) et à soutenir le système de soins, les premières expériences initiées dans les pays à faibles revenus ont généré de nombreuses limites : difficulté à mobiliser des ressources significatives, barrière financière persistante, imprévisibilité du financement, inégalités dans le partage du risque et de la protection offerte, difficulté à améliorer les services. De manière générale, certains montrent que, en dépit des espoirs suscités et des réussites isolées, il n'existe pas encore de preuves sur leur contribution effective à améliorer l'équité et l'efficacité des systèmes de santé dans leur ensemble³⁸⁹.

³⁸⁷ Chiffre issu de l'OMS, (Drechsler et Jütting 2005).

³⁸⁸ Cette revue des différents modes d'assurance est issue d'un rapport d'Oxfam, rapporté par (Berkhout et Oostingh 2008).

³⁸⁹ (Berkhout et Oostingh 2008; Defourny et Failon 2011).

En Côte d'Ivoire, les entreprises privées s'inscrivent dans un contexte où la couverture maladie universelle est, malgré certaines tentatives, toujours limitée. Afin de remédier à l'inaccessibilité des soins aux plus démunis, Laurent Gbagbo avait instauré un système ambitieux d'assurance maladie universelle (AMU) en 2001. Fondé sur la solidarité nationale et sur son caractère obligatoire, il astreignait chaque bénéficiaire à une contribution financière sous la forme d'une cotisation en fonction de sa capacité contributive et s'appliquait à tous les résidents de Côte d'Ivoire, ainsi que les ivoiriens de l'étranger. Il fournissait un paquet minimum d'activités (PMA, tel que défini depuis décembre 1996) avec un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires variant entre 0% (niveau primaire de la pyramide sanitaire) et 20-30% (niveaux secondaire et tertiaire). Or, faute de ressources pour sa mise en œuvre, ce système n'a pas pu voir le jour : les décrets d'application n'ont pas été adoptés (5 sur 30 en 2006) mais ont laissé de larges volets d'imprécisions (chevauchement avec d'autres systèmes antérieurs telles que la CNPS et la MUGEFICI, articulation avec les régimes complémentaires, etc.). Il a également manqué de ressources pour sa mise en œuvre (Lezou 2006). En 2014, le projet de Couverture maladie universelle (CMU) qu'Alassane Ouattara avait promis lors de sa campagne électorale a été voté à l'unanimité. Fondée sur les mêmes principes que l'AMU (universel, obligatoire, contribution variable selon les capacités), cette nouvelle couverture se veut en être une version simplifiée¹. Deux régimes sont proposés : un contributif avec une cotisation de 1000 FCFA par mois et un autre non contributif et subventionné par l'Etat pour les personnes en situation d'indigence, donnant accès à un paquet minimum d'activités. Alors que l'AMU prévoyait la création de trois organisations *ad hoc* (la Caisse sociale agricole pour le secteur agricole, la Caisse nationale d'assurance-maladie pour tous les autres secteurs et le Fond national d'AMU (FNAME) chargé de chapeauter ces deux caisses), la CMU est constituée d'une seule caisse. Sa mise en œuvre est prévue pour le 1^{er} janvier 2015.

4.3. Un apport de proximité : les entreprises privées et la recomposition de la « redistribution communautaire »

Si l'expérience des entreprises privées n'a pas permis d'impulser une couverture maladie à un niveau national, leurs impacts sociaux se réfèrent davantage à un niveau intermédiaire, dans sa sphère de responsabilité directe de ses salariés. En effet, tandis que les sociétés d'Afrique subsaharienne font dans leur ensemble face à des crises économiques, politiques et sociales depuis les années 1980, les salariés du secteur formel représentent une source de financement

vitale dont dépendent de nombreux individus. En l'absence d'institutions (notamment étatiques, mais également économiques) capables d'assurer l'intégration et la protection sociale de la population défavorisée, les mécanismes de « protection sociale communautaire », c'est-à-dire des mécanismes de solidarité assurés par des liens familiaux, de lignage, de village, ou ethniques, restent pour beaucoup la solution la plus adoptée (Marie 1997, 87). La redistribution communautaire demeure un dispositif de régulation sociale majeur, reposant sur les ressources de quelques individus, qualifiés de « responsables ». Il peut s'agir de fonctionnaires, d'entrepreneurs ou de salariés du secteur privé, disposant de ressources économiques et sociales capables de soutenir un large réseau d'individus. Ainsi, les avantages sociaux que les entreprises privées fournissent ont un impact qui s'étend au-delà du simple employé et de ses ayants droits.

En retour, et face à cette forte pression sociale, les employés du secteur privé « moderne » se retrouvent dans une dépendance et une vulnérabilité accrues face à leurs employeurs. Dans les années 1990, Alain Marie montrait que la paupérisation généralisée tendait à « entretenir une très forte demande et même (à) aviver les pressions pour le maintien des formes informelles de la solidarité micro-sociale » (Marie 1997, 102). Il semblerait que les entreprises privées soient devenues l'un des acteurs clés de la chaîne qui permet d'alimenter ces formes de solidarités informelles. Ainsi, de manière paradoxale, le système privé formel ne constitue pas tant un levier d'appui à un système de couverture sociale et maladie formel et généralisé (tel que cela a été le cas pour les sociétés occidentales) que l'une des sources d'alimentation majeures permettant le maintien du système de solidarité communautaire informel. Dès lors, ce système tend à favoriser le développement d'une « société duale », c'est-à-dire d'une société qui oppose les intégrés aux exclus (par opposition à une société assurantielle où l'immense majorité de la population paraît assurée contre les principaux risques sociaux) (Castel 2013). De plus, il fragilise l'équilibre social global, en reposant sur des entreprises privées régies par les contraintes et les aléas du marché.

L'essor de la protection sociale au sein des sociétés postindustrielles occidentales s'est construit selon un jeu complexe à trois termes, incluant les entreprises, l'Etat et les individus. Dans le contexte africain contemporain, le relatif effacement de l'Etat tend à accroître le pouvoir des entreprises privées. En effet, sans régime de protection sociale public, les employés dépendent d'autant plus de leurs employeurs pour subvenir à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leur large réseau social. En l'absence de politique nationale coordonnée, il

convient ainsi de relativiser la capacité des entreprises privées à améliorer l'accessibilité à la santé à une échelle nationale et à pallier les faiblesses étatiques.

Jusqu'à présent, les sections de ce chapitre se sont essentiellement situées à des échelles locales ou nationales. Je propose désormais de me hisser à une échelle plus globale, en m'appuyant sur l'étude de cas d'une firme multinationale spécifique et multi-site, l'entreprise Shell. Cette mise en perspective permettra de comprendre la manière dont le programme sida d'une entreprise s'intègre dans une stratégie d'entreprise plus globale, traversée par des intérêts économiques, politiques et géostratégiques.

5. Une éthique de la compassion comme garde-fou des forces globales du marché ?

Dans ce jeu multi-niveaux du local au global et multi-facettes (économique, politique, social), il est ainsi extrêmement difficile d'évaluer l'impact des interventions des entreprises privées dans le domaine de la santé. Selon les angles considérés, elles représentent des modèles et des leviers d'appui dans le développement sanitaire ; des causes de déséquilibres et d'accroissement des inégalités ; ou de simples « illusionnistes » aux programmes formalisés qui contrastent avec la réalité concrète de leurs actions.

Derrière des discours uniformisés se cachent des réalités diverses quant à l'impact réel de l'entreprise, en termes de santé publique. Dans le champ du VIH/sida, sur les 113.000 personnes sous ARV en 2013, il est estimé que 2.000 personnes viennent des entreprises privées (soit 1,8%). Au sein même du secteur privé, de fortes disparités séparent certaines entreprises agro-industrielles rencontrées, aux files actives relativement conséquentes (entre 200-300 personnes³⁹⁰), des entreprises urbaines. Il a été très étonnant de constater le décalage entre des politiques VIH/sida hautement formalisées des entreprises urbaines et le faible nombre d'individus séropositifs effectivement connus et pris en charge. Dans les données

³⁹⁰ Les entreprises 1 (4.000 employés), 4 (5.000 employés) et 6 (6.000 employés) sont trois entreprises ayant développé une importante activité de prise en charge, avec des files actives respectives de 292, 258 et 186 individus.

communiquées, à l'exception de l'entreprise 16 (qui suit actuellement 91 employés dont 64 sous ARV, représentant 7% de ses effectifs), la plupart des entreprises connaissait un nombre d'employés vivant avec le VIH inférieur à 3% de leur effectif. Le nombre de personnes suivies était encore en deçà. Au sein de certaines filiales d'entreprises multinationales de type « donneur d'ordre » aux effectifs réduits, le nombre de patients peut ainsi tomber en dessous de 10, voire de 5 personnes.

Si à une échelle nationale, l'impact réel des entreprises privées est difficilement appréciable, qu'en est-il de l'impact des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida à une échelle globale ?

5.1. L'exemple de l'entreprise multinationale Shell

Afin de mettre en perspective l'action des entreprises privées à une échelle globale, je propose d'analyser une entreprise largement citée en exemple dans le domaine du VIH/sida et de la Responsabilité sociale des entreprises (RSE) : l'entreprise multinationale pétrolière Shell. Quatre raisons motivent ce choix. Premièrement, parce qu'il s'agit d'une entreprise caractéristique des entreprises multinationales « donneurs d'ordre », organisée selon des effectifs très restreints, (en Côte d'Ivoire, 92 employés statutaires pour la filiale Shell-Vivo Energy) et un large réseau de travailleurs indirects (2.000 individus). Elle représente la 2^{ème} entreprise mondiale au niveau du chiffre d'affaires, et sa filiale ivoirienne, la 92^{ème} entreprise d'Afrique de l'Ouest³⁹¹. Deuxièmement, parce qu'elle représente un modèle dans la promotion de la santé en Côte d'Ivoire : dans le domaine du VIH/sida et de la santé et sécurité au travail (il s'agit d'une des entreprises capable d'imposer ses exigences auprès de ses entreprises partenaires, comme cela a été développé précédemment (section 3)). Troisièmement, parce qu'il s'agit d'une des entreprises multinationales largement investie dans le domaine de la RSE, caractéristique des entreprises qui, en raison de leurs activités controversées, investissent le champ de l'éthique en redoublant de ferveur. Enfin, et dans le prolongement de ce troisième point, car il existe une littérature grise et scientifique internationale abondante à son sujet. Je m'appuierai ici essentiellement sur des données publiques (rapports, littérature scientifique) afin d'étayer mon propos.

³⁹¹ <http://yoroba.net/classement-2012-entreprise-afrique-cotedivoire/>.

5.2. De la lumière à l'ombre d'une entreprise multinationale pétrolière

En Côte d'Ivoire, dans le champ de la lutte contre le VIH/sida, la filiale de Shell (maintenant Vivo Energy³⁹²) jouit d'une image remarquable née de son engagement pionnier. Considérée comme « éthiquement exemplaire » par un expert l'ayant accompagnée à ses débuts, elle est mise à l'honneur dans un guide de bonnes pratiques (Kerouedan 2004). Depuis, elle a développé plusieurs programmes de sensibilisation par la voie de sa fondation et la création de l'Institut Vivo Energy à Yamoussoukro (actions auprès des jeunes), par son partenariat avec l'Agence ivoirienne de marketing social (AIMAS). Elle est par ailleurs l'une des rares entreprises affichant un fort soutien à la promotion de la RSE en Côte d'Ivoire.

A un niveau mondial, Shell a contribué de manière diversifiée à la lutte contre le VIH/sida et pour la santé : programmes de sensibilisation pionniers dans les années 1990 (SFI/BM 2003; ONUSIDA, GBC et PWBLF 2001) ; un des rares bénéficiaire privé du Fond mondial *via* sa fondation aux Philippines ; assistance technique en Gambie avec la fourniture d'essence aux bénéficiaires principaux ; une des rares entreprises non pharmaceutiques (par le canal de sa fondation) à avoir effectué des donations à l'OMS³⁹³ et soutenu le Fond mondial (elle fait partie des 50 entreprises qui composent l'indice boursier du FM).

Cet engagement dans le VIH/sida se situe dans le prolongement d'un fort investissement dans le domaine du développement durable (DD) et de la RSE : elle est l'une des premières entreprises mondiales à publier un rapport sur le développement durable en 1997, elle a élaboré les Principes de conduite du groupe, un Code de conduite, des normes en matière d'hygiène, de sécurité, de sûreté et d'environnement (HSSE). Elle est même, selon l'association Attac, l'une des rares entreprises à mettre en place des actions effectives, contrairement à un ensemble d'entreprises engagées uniquement de manière rhétorique (ATTAC 2003).

³⁹² Shell est présent en Côte d'Ivoire depuis 1927. Désormais, c'est l'entreprise Vivo Energy qui est l'un de ses principaux fournisseurs, et le titulaire exclusif de la licence Shell en Côte d'Ivoire.

³⁹³ OMS, « Contributions volontaires par fonds et par donateur pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2010 », Document A64/29 Add.1, 7 avril 2011

5.3. L'instrumentalisation de l'éthique de la compassion

L'exemple de sa filiale nigériane, la *Shell Petroleum Development Company* (SPDC), implantée dans le delta du Niger, met particulièrement au jour ce paradoxe inhérent de la confrontation de l'*acteur responsable* avec l'*acteur néolibéral*. En 2009, la SPDC a été distinguée par la *Global Business Coalition*, en étant élue lauréate des *GBC Awards* pour son programme de prévention, de soins et de traitements du VIH/Sida³⁹⁴ mené en partenariat avec l'ONG *Family Health International* (FHI) dans cinq Etats du delta du Niger. En contrepoint, elle a été condamnée en 2014 par la justice britannique dans l'affaire *Shell contre Bodo*, pour sa responsabilité dans le déversement de pétrole intervenu dans le delta entre 2008 et 2009³⁹⁵. Cette condamnation publique fait suite à de vives critiques de la part d'un ensemble d'activistes et de chercheurs qui ont dénoncé son rôle actif, en tant qu'*acteur local*, dans l'essor de l'insécurité et des inégalités sociales de la région. Y sont reprochés : ses dommages environnementaux³⁹⁶, ses complicités politiques avec des régimes autoritaires (corruption, détournement de l'armée à des fins de sécurité privée) (Frynas 1998), son rôle dans le développement de « pétroviolences » (Watts et Marchal 2004), le manque de retombées économiques et sociales sur les populations locales ou de manière plus symbolique, l'habillage d'activités directement bénéfiques aux entreprises en discours de développement durable (Pérouse de Montclos 2003).

Cette gouvernance privée qui articule un discours de la compassion avec des pratiques d'exploitation économiques, de collusion politique et d'inégalités sociales, est caractéristique d'un mode de gouvernance publique en expansion au sein des sociétés occidentales. En effet, la reconnaissance du « corps souffrant » est devenue un outil de légitimation politique puissant pour intervenir et dépasser des frontières physiques et symboliques. D'un côté, elle favorise la justification de politiques au nom d'un « droit à la vie » et d'une « raison humanitaire » (Fassin 2003c) ; d'un autre côté, elle permet d'afficher une générosité d'Etat visible, en contrepoint d'un durcissement de pratiques sécuritaires, comme cela a été montré dans le cas des politiques d'immigration en France (Mbaye 2009)³⁹⁷.

³⁹⁴ le programme NiDAR : Niger Delta AIDS Response

³⁹⁵ <http://blogs.mediapart.fr/edition/petrole-une-malediction/article/230614/delta-du-niger-shell-condamnee-pour-les-fuites-de-petrole-en-2008-et-2009>

³⁹⁶ <http://www.amnesty.org/fr/for-media/press-releases/shell-s-false-claims-niger-delta-oil-spills-exposed-2013-11-06> ,

³⁹⁷ Des politiques qui se caractérisent, d'un côté avec l'augmentation de la délivrance du droit de séjour pour raisons médicales et de l'autre, avec une restriction des politiques et le recours accru aux expulsions.

L'intervention de Shell dans le domaine du VIH/sida au Nigeria, est certainement peu corrélée à cette « menace économique » qu'a pu représenter l'épidémie au début des années 2000, en raison du caractère limité de ses effectifs et d'une prévalence relativement limitée dans le pays, en comparaison aux contextes hyper-endémiques d'Afrique australe (3,5% en 2013). Par ailleurs, le professeur en *management* Jędrzej George Frynas a montré que les menaces d'insécurité directes et visibles (*kidnapping*) auxquelles était confrontée l'entreprise ne représentait pas pour elle un risque majeur (maintien des investissements et absence de retrait), pour qui le principal risque résidait davantage aux niveaux financier et politique (blocages de fonds et impayés du gouvernement) (Frynas 1998).

L'action du groupe Shell en matière de VIH/sida et de santé repose ainsi essentiellement sur le registre de la compassion. Le VIH/sida devient en arme de justification particulièrement efficace dans le contexte de ce que Didier Fassin appelle le « moment compassionnel » des sociétés occidentales :

« Cette nouvelle configuration assigne ainsi une place particulière aux sentiments moraux dans l'espace public. Le pathos devient un ressort du discours et même de l'action politique. L'économie morale ainsi délimitée se déploie du local au global, tout en prenant en chaque lieu des formes historiques singulières. Elle mobilise des émotions et des valeurs, des normes et des obligations qui peuvent être considérées comme caractéristiques d'un moment, qu'on qualifiera de compassionnel, de l'histoire occidentale contemporaine : la décennie 1990 » (Fassin 2009, 1260)

Au niveau des politiques publiques, la reconnaissance de la biolégitimité comme principe de justification politique ultime a entraîné le glissement de la « raison d'Etat » à la « raison humanitaire ». Rapporté au contexte des entreprises privées, nous pourrions ainsi supposer, qu'à la « raison humanitaire d'Etat », s'articule désormais une « raison humanitaire économique » de ces acteurs privés. La « raison humanitaire économique » pourrait ainsi faire écho à l'ensemble des actions développées par les entreprises privées, sous la bannière de la RSE ou du développement durable, ancrées au cœur du régime de la compassion. Cependant, cette notion n'est elle pas un oxymore ? Si Michel Foucault mettait en avant le potentiel de « modèle » des entreprises privées à produire du développement, c'est uniquement à condition qu'elles poursuivent leurs fins économiques. Selon une approche néolibérale, la « raison humanitaire économique » est une contradiction dans les termes.

Conclusion du Chapitre 8

Ce chapitre a mis en évidence les limites de la capacité des entreprises privées à endosser simultanément ses différents rôles sociaux (acteur local, acteur managérial, acteur néolibéral et acteur responsable). Il a souligné les paradoxes à appréhender les entreprises privées comme un « acteur social total », capable d'assurer pleinement et de manière autonome des responsabilités économiques et sociales. La réconciliation des logiques d'action dans lesquelles elles sont engagées (économie politique et économie morale), situées sur différents niveaux (global et local) a révélé les jeux d'équilibrisme, d'instrumentalisation et d'illusionnisme possibles entourant la mise en œuvre de programmes VIH/sida. Ainsi, si les entreprises privées ne sont pas schizoéphrènes (dans la mesure où leurs actions s'intègrent à des stratégies plus globales), elles sont foncièrement polymorphes.

La comparaison de différentes études de cas a mis en exergue la distinction entre des actions sociales que les entreprises initient à des fins pragmatiques, qui participent à leur intégration au cœur de la cité ; et des actions sociales désarticulées de leur contexte local. Dans le premier cas, le développement d'activités auprès des individus situés à l'extérieur de l'entreprise (*outsiders*) fait écho à la théorie des parties prenantes, suivant laquelle l'intégration de responsabilités sociales de l'entreprise relève directement de sa rationalité économique (Freeman 1984). Pour le second cas, l'exemple des programmes sida est particulièrement révélateur des désarticulations possibles des stratégies des entreprises privées. En effet, à la différence de l'idée communément admise, ces initiatives n'ont pas constitué une réponse directe à un problème éprouvé localement. Dès lors, l'étude de certaines multinationales a soulevé les disproportions entre la valorisation d'actions contre le sida inspirées par le « régime de la compassion » occidental et leur utilité et leur impact au niveau local. L'exemple de l'entreprise n°7 a particulièrement mis en exergue ce décalage entre la faible protection maladie proposée à ses travailleurs majoritairement saisonniers, avec la communication faite autour d'un programme sida déconnecté des préoccupations locales et méconnu de ses employés « bénéficiaires ». A un niveau plus global, l'exemple de l'entreprise pétrolière Shell a souligné l'instrumentalisation possible d'une éthique de la compassion, permettant de gommer et de lisser des stratégies de production faisant l'objet de

lourdes attaques (pétroviolences, dommages environnementaux, corruption, etc.). Leur filiale du Nigéria en constitue à cet égard un emblème : contestée d'un côté par des chercheurs et activistes pour ses dégâts sociaux et environnementaux dans le delta du Niger et louée de l'autre côté, par la *Global Business Coalition* pour son programme sida. Le VIH/sida participe ainsi aux stratégies de « ré-enchantement » de l'univers économique des entreprises privées.

Par ailleurs, ce chapitre a montré que les actions sociales impulsées sous le régime de la compassion n'étaient pas dénuées de retombées sociales positives. Le discours éthique élaboré à une échelle globale trouve des réalisations concrètes à un niveau local. Si les employés sont les premiers bénéficiaires directs de stratégies sociales avancées, l'influence des grandes entreprises privées s'étend au-delà de ce cercle restreint. L'exemple du pouvoir des grandes entreprises privées de secteurs d'activité lucratifs (notamment pétrolier) auprès de leurs entreprises sous-traitantes a démontré le pouvoir réel dont dispose ces opérateurs privés dans la gouvernance locale de la santé.

Pour autant, de fortes limites ont été pointées quant à la capacité des entreprises privées à produire des biens publics dans leur société d'accueil, si les pouvoirs publics ne prennent pas le relais. Dans un contexte où le secteur privé formel ne représente que 3% de la population active, leurs actions demeurent fondamentalement circonscrites. D'une part, les actions des entreprises privées se trouvent automatiquement valorisées par le contexte où l'Etat est faible, voire quasi-absent (tel qu'au Nord de la Côte d'Ivoire) (Boidin 2013). De là une survalorisation de leurs actions est possible, en dépit de leurs retombées sociales minimales. L'exemple du faible impact des initiatives des entreprises privées sur le processus d'institutionnalisation de la couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire a particulièrement souligné le poids limité de ces acteurs privés sur les dynamiques nationales. En l'absence d'une coordination des pouvoirs publics, les initiatives du secteur privé ne sont pas suffisantes pour susciter un effet de levier. L'institutionnalisation de l'implication des entreprises privées dans la gouvernance locale et nationale de la santé tend à institutionnaliser des « citoyennetés différenciées » ou « graduées » (Ong 2000). Elle favorise la légitimation des inégalités dans l'accès aux soins, séparant les rares employés bénéficiant de programmes sociaux avancés, de « tous les autres » (employés d'entreprises aux actions sociales limitées et ensemble de la population exclue du système).

Dans un contexte où une rhétorique téléologique accompagne la participation du secteur privé à la gouvernance mondiale de la santé, ce chapitre a souligné l'importance de la prise en

compte d'échelles d'analyse diversifiées pour comprendre les différents enjeux de ce phénomène. Le chapitre précédent avait conclu sur l'importance de « re-différencier » les entreprises privées au regard de l'ambivalence de leur participation à la mise en œuvre du dépistage du VIH. Celui-ci confirme cette nécessaire « re-différenciation » de leur rôle, au regard de leur impact au sein de leur société d'accueil.

Conclusion générale

Cette thèse s'est attachée à rendre intelligible le processus de politisation des entreprises privées au sein d'une action publique locale, dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, au prisme de la lutte contre le VIH/sida. J'ai souligné les contradictions et les paradoxes des approches multisectorielles promues aujourd'hui par la communauté internationale. Si les entreprises privées ont été appelées à s'intégrer dans les actions publiques de lutte contre le VIH/sida, c'est avant tout en raison de leur intérêt inhérent à s'y engager : préservation de leur capital humain, de leur productivité et de leur rentabilité. La mobilisation du secteur privé a été soutenue et justifiée par la rhétorique généralement admise d'une collaboration « gagnant-gagnante » des acteurs public et privé. Soumis à l'épreuve des faits, cet argumentaire a été déconstruit. Les intérêts réels des acteurs privés à s'impliquer dans une action publique de santé et en retour, des acteurs publics (nationaux et internationaux) à les y intégrer, ont été relativisés. De la rhétorique à la pratique, cette recherche a démontré les paradoxes et les limites de l'application à l'échelle locale d'une rhétorique élaborée à une échelle globale. Elle a également souligné les obstacles sociologiques d'une collaboration entre des acteurs publics et privés dans une action publique de santé locale.

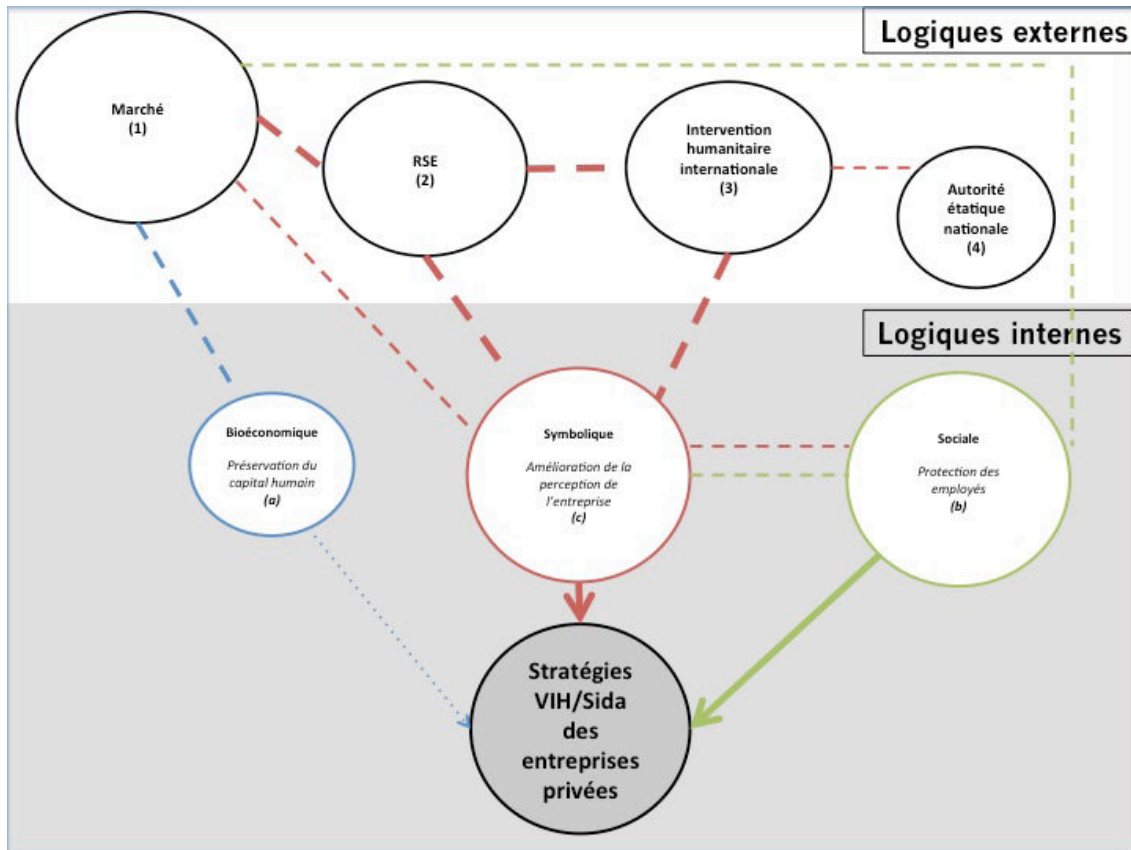
Dans un premier temps, j'ai montré la manière dont l'intégration des entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida a conduit à la « dé-différenciation » des dites entreprises. Dans un second temps, j'ai cherché à les « re-différencier », c'est-à-dire à mettre en évidence leurs spécificités tant positives que négatives en tant qu'acteur de la lutte contre le VIH/sida. Cette conclusion vise à mettre en perspective les principaux résultats de ce travail et à en souligner les apports empiriques et théoriques.

La déconstruction d'une rationalité
coût/efficace

Tout d'abord, j'ai démontré que les entreprises privées en Côte d'Ivoire n'avaient pas initié leurs programmes VIH/sida pour répondre à un problème de productivité et de rentabilité direct (*logique bioéconomique*). Si la menace du VIH/sida sur la santé des employés a été un

facteur d'impulsion, le coût représenté en termes de « capital humain » n'a pas constitué une condition suffisante pour susciter la mobilisation que le secteur privé a connue. L'adjonction de facteurs symboliques et sociaux a été décisive. D'un côté, les programmes de prise en charge du VIH/sida se sont situés dans le prolongement de la tradition des politiques sociales des entreprises (*logique sociale*). D'un autre côté, le débat sur l'accès aux traitements antirétroviraux à la fin des années 1990 a coïncidé avec l'essor des nouveaux référentiels éthiques : responsabilité sociale des entreprises (RSE), développement durable (DD), certification. Tandis que les entreprises privées insérées sur les marchés internationaux sont tenues de se conformer à ces nouvelles exigences du marché, le VIH/sida a constitué un objet d'engagement social de choix. Ainsi, l'instauration de programmes VIH/sida est progressivement devenue une norme sociale partagée au sein du secteur privé, impulsée par quelques entreprises leaders, et suivie par un ensemble d'entreprises privées (*logique symbolique*). Le Schéma 11 reprend les différentes logiques internes et externes qui ont soutenu la mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida et qui ont été présentées au début de cette recherche (cf. chapitre 1, Schéma 2, p.89). Il propose une ré-articulation de ces rationalités en fonction des principaux résultats observés.

Schéma 11 Réarticulation des logiques internes et externes de la mobilisation du secteur privé dans le VIH/sida



Légende

En bleu : logique bioéconomique

En rouge : logique symbolique

En vert : logique sociale

Ce schéma met en lumière la manière dont les trois logiques internes au fondement des programmes VIH/sida (bioéconomique, symbolique et sociale) ont été articulées aux logiques externes (marché, responsabilité sociale des entreprises, intervention internationale contre le VIH/sida et autorité étatique nationale). En premier point, il relativise la théorie néolibérale suivant laquelle les entreprises privées se seraient engagées pour préserver leur capital humain. Pour autant, les forces du marché ont produit d'autres types d'influences. L'enjeu du VIH/sida a mis en exergue la manière dont les entreprises privées sont tenues d'intégrer les exigences de leur « responsabilité sociale », ces stratégies éthiques participant à l'affirmation d'un « nouveau compromis productif » du marché (Postel et Sobel 2013). L'exceptionnelle mobilisation collective autour du VIH/sida a constitué le catalyseur de l'implication du

secteur privé. Pour autant, son influence n'a pas concerné sa capacité à stimuler les stratégies bioéconomiques des entreprises privées. Les politiques multisectorielles n'ont pas eu tant une influence directe qu'indirecte : par la création d'un champ du VIH/sida dynamique conjuguée à l'intense médiatisation de cet objet à l'échelle globale. L'autorité nationale n'a eu qu'une influence limitée et indirecte. L'investissement des entreprises dans la lutte contre le VIH/sida se situe dans la continuité de leur tradition de substitution à la puissance publique dans la prise en charge d'enjeux sociaux. L'intervention humanitaire et les nouveaux référentiels éthiques constituent en cela une rupture. L'action publique de lutte contre le VIH/sida représente une configuration inédite, dans la mesure où elle conduit à impulser de manière exogène une collaboration entre acteurs privé et public.

Politisation, luttes de pouvoirs et « dé-différenciation » des entreprises privées

Les politiques multisectorielles prônées par les organisations internationales et intégrées par les autorités politiques nationales n'ont eu qu'un effet résiduel sur l'engagement direct des entreprises privées. Dans les faits, les actions VIH/sida des grandes entreprises privées ont été en grande partie initiées sur une base autonome et volontaire. Si de rares projets ont attribué certains financements dédiés au secteur privé, ceux-ci n'ont pas conduit à accroître la mobilisation du secteur privé. Au contraire, la politisation des entreprises privées a participé à « dé-différencier » les entreprises privées des autres acteurs impliqués (Etat, société civile), c'est-à-dire à gommer leurs spécificités et leur potentielle valeur ajoutée. L'analyse sociologique de l'action publique que je propose a permis de souligner le double processus de « sur-politisation » et de « sous-politisation » dont les entreprises privées ont fait l'objet (Lascoumes 2009). La « sur-politisation » fait référence à la manière dont le *forum* d'action publique s'est transformé en champ de lutte dans une logique de courtage des ressources allouées au secteur privé, déserté par des entreprises privées peu désireuses de s'y engager. Une lutte pour la représentation légitime du secteur privé s'est donc déroulée, éloignée des intérêts des entreprises privées. Au sein de ces arènes, le capital politique de ces acteurs a davantage été défini par la reconnaissance symbolique octroyée par les organisations de la coopération internationale que par les entreprises privées elles-mêmes.

La « sous-politisation » se rapporte à la faible problématisation de la lutte contre le VIH/sida en entreprises privées. L'appel à une mobilisation accrue du secteur privé s'est davantage

apparenté à une formule incantatoire qu'à des actions concrètes. Plus spécifiquement, la politisation des entreprises privées a généré un processus de « déqualification médicale » et de « requalification communautaire ». En effet, alors que c'est autour de la question de l'accès aux traitements ARV que les entreprises privées avaient démontré leur valeur ajoutée dans la lutte contre le VIH/Sida, les modalités de leur participation ont, dans la pratique, été calquées sur l'expérience des organisations communautaires qui l'avaient précédées. Ce constat s'explique par le peu d'intérêt réel que suscite la question du VIH/sida en entreprises privées, tant du côté des acteurs de la coopération internationale (pour qui les entreprises représentent un acteur marginal) que du côté des entreprises privées (pour qui le VIH/sida représente un enjeu marginal). Ces dernières n'ont pas souhaité s'impliquer directement dans les forums d'action publique dont les normes, les pratiques et les intérêts sont perçus comme fort éloignés des leurs.

L'absence d'intérêt mutuel a freiné le développement d'une expertise technique, ne permettant pas de proposer des modèles de partenariat innovants et alternatifs. Dès lors, en Côte d'Ivoire comme au Cameroun, les rares projets financés par la coopération internationale prenant en compte le secteur privé ont poussé à la standardisation de leurs actions, proposant des stratégies importées d'autres secteurs. Ils se sont greffés et ont gommé les dynamiques endogènes (tradition de santé publique, filières d'activités). Ils ont également confronté les entreprises privées au dilemme de la pérennisation et de la dépendance à l'aide internationale qui anime le champ du VIH/sida. De « médiateurs de surcroît », les projets financés par la coopération internationale ont transformé les entreprises privées en « agences d'exécution », voire en bénéficiaires de projet. La rhétorique de la synergie du partenariat public-privé n'a pas été suffisante pour susciter l'engagement du secteur privé. Au final, cette recherche a montré que l'insertion des entreprises privées dans l'action publique s'est davantage opérée afin de se conformer, *a posteriori*, à une rhétorique globale, qu'à partir de l'intérêt perçu ou réel des acteurs public et privé en présence.

La marginalité des entreprises privées dans
l'action publique de lutte contre le VIH/sida
ou l'échec de leur intégration

Dans la lutte contre le VIH/sida, les entreprises privées ont évolué à la marge des *forums* de l'action publique. Ce constat contraste avec leur intégration formelle. Les choix stratégiques,

l'identification de partenaires, l'élaboration de rapports d'activités, voire le contrôle de leurs actions ont essentiellement été définis par les entreprises privées, au sein du champ économique.

Cette absence de politiques publiques à l'égard du secteur privé est voilée par le recours à des stratégies fondées sur le principe de « responsabilité ». Celui-ci est devenu, à l'instar des dynamiques actuelles mondiales (RSE, PPP), un mode de gouvernance à part entière. Les principales mesures gouvernementales ont été de l'ordre de l'incitation et de l'information, suppléant aux modes de régulation étatiques traditionnels (législatif, réglementaire, économique et fiscal). Les initiatives politiques ont davantage concerné la recherche (vaine) d'outils pour bénéficier des ressources financières du secteur privé, que la mise en œuvre de politiques concernant les conditions structurelles des entreprises (contrôle et développement de la santé au travail, veille aux discriminations, etc.).

Si les politiques publiques n'ont pas obtenu les résultats escomptés, ce sont davantage des acteurs professionnels de santé et des activistes du VIH/sida (des « intermédiaires ») qui ont œuvré efficacement à la création d'un « marché du sida » en entreprises. Dans un contexte où l'aide internationale est aléatoire, les entreprises privées ont représenté un « marché » attractif, attirant l'intérêt de nombreux acteurs à y développer des actions de lutte contre le VIH/sida. Ce ne sont pas tant les pouvoirs publics étatiques que ces « intermédiaires » qui, mus par des intérêts militants et commerciaux, ont soutenu la diffusion de normes internationales relatives à l'implication accrue des entreprises privées. Ainsi, ces acteurs ont joué un rôle décisif dans l'identification du VIH/sida comme d'un problème pour les entreprises privées, en tant que menace pour leur capital humain et leur cohésion sociale interne.

A la différence des autres acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/sida (État, société civile), les entreprises privées ne sont pas engagées dans des relations de redevabilité vis-à-vis des bailleurs de fonds. Dès lors, elles échappent à l'ensemble des contraintes politiques et constituent, pour les bailleurs de fonds et autorités publiques nationales, de véritables « boîtes noires ». Dans le contexte d'une action publique extravertie et largement dépendante de l'aide internationale, le prisme des entreprises privées a révélé avec force la manière dont les financements internationaux façonnent l'organisation de l'action publique.

Pour autant, la comparaison avec le Cameroun a permis de mettre en évidence le poids des configurations nationales sur le choix des entreprises. Celles-ci sont intégrées dans un

système d'opportunités et de contraintes qui façonnent leurs stratégies. Au Cameroun, le fort contrôle observé par l'Etat dans l'octroi des agréments des structures habilitées à traiter les personnes vivant avec le VIH/sida a limité les stratégies des entreprises privées dans le développement d'une prise en charge en interne, à la différence de la Côte d'Ivoire qui propose des conditions plus flexibles. En Côte d'Ivoire, le maillage extrêmement complexe du territoire ivoirien, partagé en zones d'influence des bailleurs de fonds, a freiné et contraint la mise en œuvre de programmes de prise en charge de certaines entreprises agro-alimentaires situées en zone rurale.

Par là-même, ce travail permet de réactualiser la notion de la « citoyenneté thérapeutique » que Vinh Kim Nguyen a élaboré dans le contexte de l'arrivée des ARV (Nguyen 2010), à la lumière de la problématique actuelle de la décentralisation de l'accès aux antirétroviraux. Cette étude a montré l'articulation d'un ensemble de dynamiques publiques nationales, internationales et privées qui, dans un système polyarchique et fragmenté, participent à la construction d'une citoyenneté thérapeutique et biologique contingente. Aux inégalités géographiques s'ajoutent des inégalités découlant des différences stratégiques des divers bailleurs de fonds, entreprises privées, autorités publiques ; celles-ci sont façonnées en suivant des classifications subjectives d'acteurs publics (perception des acteurs privés, historique de leur intégration à l'action publique) ou des stratégies symboliques d'acteurs privés (préservation de leur image, octroi d'une certification, prêts concessionnels, voire attribution de marchés publics). Le prisme des entreprises privées a mis au jour les modalités d'élaboration de « citoyennetés différenciées » (Ong 2000) entre les individus au sein d'un même territoire national.

Face à ce double constat d'une « dé-différenciation » des entreprises privées et de leur absence d'intégration aux forums de l'action publique, j'ai été conduite à mettre en évidence leur « re-différenciation ».

La « re-différenciation des entreprises
privées »

En premier lieu, l'analyse de la pratique du dépistage du VIH/sida en entreprises privées a permis de souligner leur profonde ambivalence : entre lieu de coercition et lieu d'opportunités dans l'accès à la santé ; entre lieu de possible violation des droits humains et lieu se

caractérisant par un dispositif efficace pour offrir le dépistage. La controverse qui oppose les praticiens exerçant en entreprises à propos de l'utilisation acceptable de la visite médicale annuelle comme occasion de dépistage est un exemple éloquent de cette absence de neutralité du secteur privé productif. Tandis que certains dénoncent le caractère obligatoire de ces visites réglementaires, non adapté à la proposition d'un test libre et volontaire, d'autres font valoir son opportunité de banaliser le dépistage du VIH, en l'intégrant dans un processus de sensibilisation et d'information continue. Au sein de ces institutions coexistent différentes formes de pouvoirs, en fonction des types d'employés et de leur niveau de qualification : une *gouvernementalité* de type pastorale, orientée vers une main d'œuvre peu qualifiée et une *gouvernementalité* de type « managériale », orientée vers le personnel plus qualifié et qui favorise le développement de pratiques de santé vécues comme des « techniques de soi » (Foucault 1994; Le Texier 2012).

En second lieu, l'exemple de la lutte contre le VIH/sida en entreprises a confirmé que la somme d'initiatives isolées, si efficaces soient-elles à un niveau local, n'est pas suffisante pour créer une politique de santé publique nationale. Si certaines entreprises privées participent à l'amélioration des conditions de santé de certains individus privilégiés, l'absence de coordination de leurs actions les empêche de créer des « biens publics » à un niveau plus large. Les entreprises privées délimitent nécessairement un périmètre de responsabilité de leurs actions, privilégiant les *insiders* (employés directs), aux *outsiders* (employés temporaires, acteurs extérieurs). L'exemple du faible impact du développement des assurances maladie privées sur l'adoption d'une couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire témoigne de son rôle circonscrit. Les entreprises participent ainsi à des systèmes d'accès à la santé différenciés. Par ailleurs, dans la mesure où les pouvoirs publics n'ont qu'une faible visibilité des actions menées en entreprises, ils sont privés de la « maîtrise informationnelle » (Lascoumes 2007) nécessaire à la conduite d'une politique publique. La communication privée des entreprises tend à perdre de vue la proportion de leur apport. L'exemple des grandes firmes multinationales qui n'emploient que très peu d'employés de manière directe en privilégiant la sous-traitance, tout en proposant et en communiquant sur des programmes VIH/sida à la pointe, est à cet égard éloquent.

L'apport conceptuel de la notion de bioéconomie

La notion de « bioéconomie », que j'ai défini dans cette thèse comme la rationalité qui se situe au fondement des stratégies d'optimisation de la santé des individus en tant que « capital humain » et qui sont conduites à des fins d'accroissement de productivité et de richesse, a constitué différents apports. D'une part, elle a permis de s'extraire d'une explication dichotomique des actions sociales des entreprises privées, qui oppose généralement les intérêts économiques à l'éthique. Cette notion a permis de mettre en évidence que les intérêts des entreprises privées sont de divers ordres : économiques, symboliques et sociaux. Dans le cas spécifique du VIH/sida, la bioéconomie a permis de distinguer les initiatives de santé qui poursuivent la préservation du « capital humain » de l'entreprise en tant que force de travail ; de celles où la santé est un moyen pour atteindre d'autres finalités (symboliques et sociales). Cette distinction est fondamentale par rapport à l'identification des entreprises privées comme des « modèles » de santé publique (Foucault 2004). Elle permet de montrer que, si certaines entreprises privées qui développent des programmes de santé avancés exercent effectivement une influence sur la promotion de la santé à un niveau local, ce n'est pas tant pour préserver leur force de travail que pour se conformer à de nouvelles normes éthiques et sociales exigées par le marché. L'explication de l'implication des entreprises privées dans le champ actuel de la santé suivant la théorie néolibérale du capital humain se trouve relativisée. Dès lors, l'expérience des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida participe à critiquer une approche exclusivement socio-économique de la santé, qui « mène paradoxalement à l'inaction et à la paralysie » (Mann 1996, 219). Elle confirme l'importance du poids d'autres facteurs (droits humains, symboliques) pour susciter une mobilisation collective, que ce soit à l'échelle des entreprises ou des politiques publiques.

La notion de bioéconomie offre également un nouvel éclairage sur l'articulation entre l'« économie politique » et l'« économie morale » dans la production d'une action publique de santé, caractérisée par son extraversion, dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. La bioéconomie fait référence à la préservation de la vie en tant que force de travail productive, s'opposant à une « biolégitimité », qui se caractérise par la recherche de la préservation de la vie, pour elle-même (Fassin 2003; Fassin 2005). La « bioéconomie » et la « biolégitimité » constituent les deux faces de la même « médaille » de la biopolitique ; comme l'économie politique s'articule à l'économie morale ou l'économie à la société. Tandis que les premiers programmes d'accès aux ARV en entreprises privées ont accordé une part importante (bien que non exclusive) aux enjeux bioéconomiques, la politisation des entreprises privées a

conduit à la neutralisation de cette logique. Nous touchons là à un paradoxe majeur. Alors que la mobilisation collective internationale contre le VIH/sida a été justifiée au nom d'une « raison humanitaire » fondée sur une biolégitimité, elle a participé à gommer la rationalité bioéconomique endogène. La raison humanitaire a conduit, non pas à stimuler la rationalité bioéconomique, mais à l'annihiler. Elle a mené à dé-différencier les entreprises privées, gommer leur hétérogénéité, uniformiser leurs spécificités, standardiser leur rôle et à décontextualiser leurs caractéristiques sociologiques, en les moulant dans une rhétorique globale de la compassion.

L'apport à la sociologie politique de l'action publique : vers la re-différenciation des acteurs privés

Ce travail a montré la nécessaire re-différenciation des entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida à une échelle locale. D'autres recherches ont souligné les limites de la participation « gagnant-gagnant » du secteur privé dans une action publique de santé mondiale (Boidin 2014 ; Guilbaud 2012). Ce travail de sociologie politique de l'action publique permet de mettre en exergue la manière dont cette rhétorique globale tend à gommer les réalités sociologiques des relations (dés)unissant les acteurs publics et privés. L'analyse de la re-différenciation des acteurs privés pourrait s'appliquer à d'autres contextes, au Nord comme au Sud, afin de continuer à mettre en lumière les tensions, les rapports de force, les recompositions qui déterminent les décalages classiques entre la rhétorique et la pratique.

Par le prisme de l'intervention des entreprises privées dans le domaine de la santé et du VIH/sida se pose en filigrane la question du rôle et de la responsabilité des différents acteurs en présence : Etat, organisations de coopération internationale et société civile. La science politique détient une longue tradition d'analyse de l'implication d'acteurs a priori « non politiques » dans le champ de la décision politique. Cette dynamique scientifique qui a connu une avancée décisive dans les années 1960 autour de la question-titre de Robert Dahl *Who Governs ?* (Dahl 1961) a concerné la sociologie politique des élites. Pour autant, elle n'est pas sans lien avec la volonté de comprendre d'où viennent les décisions et les choix politiques les plus décisifs qui concernent aussi les interrogations au fondement de la présente thèse. Ce qui la distingue de cette filiation est que les entreprises privées et en particulier les responsables de ces structures n'avaient pas pour ambition de proposer un modèle d'intervention dans la sphère publique. Les entreprises ont pris des initiatives dans le champ du VIH/sida pour des raisons et des desseins internes. Elles ont été influencées par le contexte plus général de

normes transnationales concernant leur responsabilité éthique, conjugué et exacerbé par la mobilisation collective mondiale autour du VIH/sida. Mon travail se situe donc dans une autre généalogie heuristique qui croise le rôle des entreprises privées dans une action publique avec la politisation de cette implication. Le rôle des « industriels » ici est réel mais différent de la constitution des « élites programmatiques » qu'analysent William Genieys et Andy Smith (Genieys et Smith 2010). D'où ma volonté de comprendre dans ce travail si les entreprises privées représentent des acteurs comme les autres dans l'espace public de la lutte contre le sida en Afrique. En tous les cas, elles offrent une figure riche dans l'appréhension des acteurs dans la sociologie politique de l'action publique dans le champ du sida en Afrique.

Cette thèse s'achève dans un contexte d'apparente accalmie politique en Côte d'Ivoire, comme au Cameroun. Des progrès immenses ont été accomplis dans la lutte contre le VIH/sida dans ces deux pays et les entreprises privées, de manière différente d'un pays à l'autre, y ont contribué. En abordant le rôle des entreprises privées en Côte d'Ivoire et, de manière asymétrique, au Cameroun, il a aussi été question d'appréhender les trajectoires de deux pays semblables jusqu'au début des années 1990 et dont les trajectoires dessinent une intégration différentielle aux standards de globalisation.

Les entreprises privées : des acteurs de santé publique comme les autres ?

L'expérience des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida a été exceptionnelle. Cette exceptionnalité est directement corrélative au régime d'exception qui a caractérisé cette maladie. D'une part, c'est la première fois qu'autant d'entreprises privées se mobilisent sur un enjeu de santé publique. La comparaison avec le peu d'intérêt que suscitent aujourd'hui la prévention et la prise en charge de l'hépatite B en entreprises a souligné le rôle décisif que la mobilisation collective autour de certaines pathologies exerce sur les choix stratégiques des entreprises. Tout d'abord, la structuration d'un champ du VIH/sida, mettant en présence un ensemble de professionnels et d'experts capables d'orienter et de convaincre les entreprises privées représente une condition nécessaire. De manière plus fondamentale, les enjeux relatifs aux droits humains qui caractérisent la mobilisation autour le VIH/sida ont joué un rôle crucial dans la mobilisation du secteur privé. Ce constat contraste avec l'indifférence générale actuelle que suscite l'hépatite B. La finalité des premiers programmes VIH/sida a d'abord été de lutter contre le VIH/sida en tant que maladie sociale. La préservation de la cohésion interne et la réaffirmation de la protection « pastorale » des employeurs ont été les premiers objectifs

poursuivis, par opposition à la préservation du capital humain. Par ailleurs, tandis que les pratiques discriminatoires des employeurs à l'égard de leurs employés infectés par le VIH/sida ont été fermement condamnées par la communauté internationale aux premiers temps de l'épidémie, l'affichage d'un engagement contre cette épidémie a témoigné d'une volonté de s'extraire du poids du passé, en passant du rôle de coupable au rôle de modèle. Ainsi, l'organisation des programmes VIH/sida des entreprises est animée par une extrême précaution quant au respect des droits humains. A cet égard, certaines entreprises privées représentent aujourd'hui, et de manière paradoxale, un lieu de résistance à la « remédicalisation de l'épidémie » et à la vague biomédicale (Nguyen et al 2011). Les enquêtes ont confirmé, dans la pratique, le peu de cas de pratiques de discrimination des travailleurs infectés par le VIH. Pour autant, est-ce à dire que les entreprises privées représentent un lieu privilégié de santé publique ?

C'est en effet le contexte d'exceptionnalité du VIH/sida qui a profondément façonné les réponses que les entreprises privées ont adressées à cette maladie. En tant que vecteur de l'information auprès d'une opinion publique mondiale « compassionnelle », la mobilisation collective transnationale est devenue un véritable contre-pouvoir des abus possibles des entreprises privées. Celles-ci ne sont pas tant régulées par des mécanismes de régulation traditionnels et structurels que par ces mécanismes informels. Les chartes internes et les recommandations internationales suppléent aux législations nationales. Les activistes du VIH/sida remplacent les inspecteurs du travail et représentants syndicaux. L'attention particulière que les entreprises privées ont portée aux enjeux de droits humains dans la lutte contre le VIH/sida n'est pas tant constitutive de ces institutions, que le fruit d'une contingence. La transposition de l'expérience des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida vers d'autres pathologies est donc à formuler sous conditions. Sans une plus grande intégration des entreprises privées à des mécanismes de régulation politique structurels, les stratégies des entreprises privées sont au risque de fluctuer au gré de l'opinion mondiale. La mise en exergue d'un faisceau de « bonnes pratiques » ne peut remplacer la nécessaire prise en compte des conditions structurelles liées à l'exercice de la santé en entreprises.

Bibliographie

- Abouya, L., I. M. Coulibaly, S. Z. Wiktor, D. Coulibaly, M. N'kragbo, A. N'gbo, H. Zahui, et al. 1998. « The Côte d'Ivoire national HIV counseling and testing program for tuberculosis patients: implementation and analysis of epidemiologic data ». *AIDS (London, England)*, vol. 12, no 5, p. 505-512.
- Achmat, Z et E Cameron. 1995. « Workplace discrimination. Helping the spread of HIV ». *South African labour bulletin*, vol. 19, no 5, p. 8-19.
- Adeyemo, D.A et A.A. Ayinloye. 2007. « Predispositional Factors in Stigmatization and Discrimination Against HIV/AIDS Seropositive Persons in the Workplace: A Case Study of Osun State, Nigeria ». *Journal of Social Science*, vol. 15, no 3, p. 279.
- Afsar, Syed Mohammad, Pallapati Joshila, Divya Verma et Manjunath Kini. 2009. *A training manual for enterprises on HIV/AIDS workplace Policy and programmes & PPP*. New Delhi : OIT.
- Agamben, Giorgio. 2003a. *Homo sacer. II,1. Etat d'exception. Traduit par Joël Gayraud*. Paris : Seuil.
- . 2003b. *Ce qui reste d'Auschwitz. Homo Sacer III*. Paris : Payot et Rivages.
- Agepe (Agence d'Études et de Promotion de l'Emploi). 2013. *Situation de l'emploi en Côte d'Ivoire en 2012*. Abidjan : Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle (MEASFP).
- Alamigeon, Pierre. 1945. *Les Cadres de l'industrie française*. PUF. Paris.
- Alice Desclaux, Odette Ky-Zerbo. 2014. « Ethical considerations of providers and clients on HIV testing campaigns in Burkina Faso. » *BMC international health and human rights*, vol. 14, no 1, p. 27.
- Altman, Dennis et Kent Buse. 2012. « Thinking politically about HIV: political analysis and action in response to AIDS ». *Contemporary Politics*, vol. 18, no 2, p. 127-140.
- Anon. 2009. « Le B.A.BA du Fonds mondial ». *Liens, la revue des partenaires africains de Aides*, 2009.
- Ashbourne, Elizabeth J. [editor, Caroline Hope et Kate Taylor. 2004. *Coalitions des entreprises contre le VIH/SIDA : lignes directrices pour le développement de coalitions des entreprises contre le VIH et le SIDA*. The World Bank.
- Attac. 2003. « Responsabilité sociale des entreprises, ou contrôle démocratique des décisions économiques ? ». *L'Économie politique*, vol. n° 18, no 2, p. 7-25.
- Auffret, Pierre et Jean-Sylvain Bonny. 2008. *Mise en place d'un Forum national pour l'amélioration des affaires dans le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire*. Abidjan : Commission européenne.
- Aventin, Laurent. 1996a. « Appréhension du VIH/SIDA dans le secteur privé à Abidjan : Stratégies d'entreprises et médecins du travail : Anthropologie, entreprise, entrepreneurs ». *Journal des anthropologues*, vol. 66-67, p. 211-223.
- . 1996b. « Stratégies d'entreprises dans le dépistage et le licenciement des employés vivant avec le VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) ». Dans , p. 613-629. Dakar : Codesria.

- . 1997. « Discrimination à l'égard des employés séropositifs dans l'entreprise abidjanaise : dépistages illicites du VIH et licenciements abusifs (1995/1996) ». *Sciences sociales et santé*, vol. 15, no 3, p. 69-95.
- . 1998. « Conséquences de l'infection à VIH sur le fonctionnement des entreprises à Abidjan : réponses organisationnelles et orientations stratégiques ». Montpellier : ORSTOM. En ligne. <<http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010016431>>. Consulté le 12 juin 2014.
- Aventin, Laurent et Pierre Huard. 1998. « VIH/Sida et entreprise en Afrique : une réponse socio-médicale à l'impact économique? L'exemple de la Côte d'Ivoire ». UNESCO, Gestion des transformations sociales - MOST.
- Aventin, Laurent, Agnès Joyeux, Félix de Marliave et Zsuzsanna Lippai. 2009. *Secteur Privé/Monde du travail. Initiation à la rédaction d'une requête au Fonds Mondial*. Coll. « Séries Pratiques ». Paris.
- Badié, Bertrand et Guy Hermet. 2001. *La politique comparée*. Paris : Armand Colin.
- Baggaley, R., P. Godfrey-Faussett, R. Msiska, D. Chilangwa, E. Chitu, J. Porter et M. Kelly. 1995a. « How have Zambian businesses reacted to the HIV epidemic? ». *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 52, no 9, p. 565-569.
- Bailly, Diegou. 2000. *La restauration du multipartisme en Côte-d'Ivoire, ou, La double mort d'Houphouët-Boigny*. Paris : L'Harmattan.
- Bakuwa, R. 2010. « Adoption of formal HIV and AIDS workplace policies: An analysis of industry/sector variations ». *SAHARA J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council*, vol. 7, no 4, p. 2-9.
- Banégas, Richard et Bruno Losch. 2002. « La Côte d'Ivoire au bord de l'implosion ». *Politique africaine*, vol. 87, no 3, p. 139-161.
- Banque Mondiale. 1978. *Ivory Coast - The challenge of success*. The World Bank.
- . 1994. *L'ajustement en Afrique : réformes, résultats et chemin à parcourir*. The World Bank.
- Barthe, Yannick. 2003. « Le recours au politique ou la problématisation politique "par défaut". » Dans *Lagroyes, Jacques (dir.) La politisation*, p. 475-492. Belin. Paris.
- Bassett, Thomas J. 2011. « Winning coalition, sore loser: Côte d'Ivoire's 2010 presidential elections ». *African Affairs*, vol. 110, no 440, p. 469 -479.
- Batsell, J. 2005. « AIDS, Politics, and NGOs in Zimbabwe ». Dans *The African State and the AIDS Crisis*, ed. A. Patterson. Aldershot : Ashgate.
- Bayart, Jean-François. 2004. *Le gouvernement du monde : Une critique politique de la globalisation*. Fayard.
- . 2006. *L'État en Afrique: la politique du ventre*. [Paris] : Fayard.
- Bazin, Laurent. 1995. « Les assurances maladies pour les salariés d'entreprises en Côte d'Ivoire ». Dans *Le changement social dans l'entreprise africaine, compétitivité et système de gestion*, p. 42-45. Coll. « Notes et travaux 6 ». Abidjan.
- Bazin, Laurent et R. Yao Gnabéli. 1996. *Les « dépenses sociales » et le rapport salarial dans les entreprises ivoiriennes : rapport d'enquête*. Petit Bassam : ORSTOM.

- Becker, Charles, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo, et Moriba Touré (dir.). 1999. *Vivre et penser le sida en Afrique*. Karthala. Paris.
- Becker, Gary. 1962. « Investment in Human Capital : a theoretical analysis ». *Journal of Political Economy*, vol. 70, no 5, p. 9-49.
- Bendell, Jem. 2003. *Waking up to Risk: Corporate Responses to HIV/AIDS in the Workplace*. Coll. « Programme on Technology, Business and Society ». UNRISD.
- Benoist, Jean, et Alice Desclaux (dir.). 1996. *Anthropologie et Sida. Bilan et perspectives*. Karthala. Paris.
- Berkhout, Esmé et Harrie Oostingh. 2008. *L'assurance maladie dans les pays à faible revenu*. Coll. « Oxfam Briefing Paper ». Oxfam, Action for Global Health, MDM, Save the Children, Plan, Act Up; Global Health Advocates.
- Biggs, T et Manju K Shah. 1997. *The impact of the AIDS epidemic on African firms*. Coll. « RPED Discussion Paper ». Washington DC : Banque Mondiale, Région Afrique. En ligne. <<http://www.ponline.org/node/532600>>. Consulté le 12 juin 2014.
- Bila, Missida Blandine. 2011. *Genre et médicament : analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso*. Aix Marseille 3.
- BIT (Bureau International du Travail). 2001. *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*. Publication. Genève.
- . 2006. *La relation de travail*. Coll. « Conférence internationale du Travail, 95ème session ». Genève.
- . 2010. *Recommandation (n° 200) concernant le VIH et le sida et le monde du travail*. Genève.
- Blanc, Florentin. 2014. « Penser l'action publique en contexte africain - la question de la mise en œuvre et du contrôle de la réglementation des entreprises ». Communication présentée à la *Journée d'Etudes Penser l'Action Publique en contexte africain* (Bordeaux, Laboratoire des Afriques dans le Monde (LAM), 13 mai 2014).
- Boidin, Bruno. 2008. « Responsabilité sociale et environnementale des entreprises dans les pays en développement ».
- . 2012. « Ethique et aide à la santé pour les pays pauvres ». *Ethique et économie*, vol 9, n°2, p. 108-125
- . 2013. « Pays en développement ». Dans *Dictionnaire critique de la RSE*, N. Postel et R. Sobel (eds). Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- . 2014. *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines*. Presses universitaires du Septentrion. Coll. « Capitalismes - éthique - institutions 6 ». Villeneuve-d'Ascq.
- Bollinger, L, J Stover, R Kerkhoven, Gladys Mutangadura et Duduzile Mukurazita. 1999. *The economic impact of AIDS in Zimbabwe*. Washington : Futures Groups International.
- Bolton, Pamela L. 2008. « Corporate Responses to HIV/AIDS: Experience and Leadership from South Africa. » *Business & Society Review (00453609)*, vol. 113, no 2, p. 277-300.
- Bonoli, Giuliano et Bruno Palier. 1999. « Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale ». *Revue française de science politique*, vol. 49, no 3, p. 399-420.

- Bonvalet, Perrine. 2014. « De l'urgence politique à la gestion de l'action publique: construire et institutionnaliser l'accès aux traitements du VIH/sida au Bénin ». Sciences Po Bordeaux.
- Bossy, Thibault et François Briatte. 2012. « Les formes contemporaines de la biopolitique ». *Revue internationale de politique comparée*, vol. Vol. 18, no 4, p. 7-7.
- Bossy, Thibault et Aurélien Evrard. 2010. « Communauté épistémique ». *Références*, p. 140-147.
- Bouffartigue et Charles Gadea. 2000. *Sociologie des cadres*. Paris : La Découverte.
- Bouquet, Christian. 2008. *Géopolitique de la Côte d'Ivoire: le désespoir de Kourouma*. Paris : A. Colin.
- Bourdieu, Pierre. 1976. « Le champ scientifique ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 2, no 2, p. 88-104.
- . 1981. « La représentation politique [Éléments pour une théorie du champ politique] ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 36, no 1, p. 3-24.
- . 1994. *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil.
- . 1996. « Champ politique, champ des sciences sociales, champ journalistique ». *Cahiers de recherche*, no 15. Coll. « GRS, Lyon », p. 16.
- . 1997. « Le champ économique ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 119, no 1, p. 48-66.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron. 1968. *Le métier de sociologue : Préalables épistémologiques*. Paris : Mouton de Gruyter.
- Bourdieu, Pierre et Loïc Wacquant. 1992. *Réponses : pour une anthropologie réflexive*. Seuil. Paris.
- Bowen, Howard Rothmann. 1953. *Social Responsibilities of the Businessman*. Harper.
- Boyer, Sylvie, Fred Eboko, Mamadou Camara, Claude Abé, Mathias Eric Owona Nguini, Sinata Koulla-Shiro, Jean-Paul Moatti et groupe d'étude EVAL-Cameroun. 2010. « Chapitre 3. Passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun : décentralisation et qualité de la prise en charge ». Dans *Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.) Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, p. 29-56. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- Brink, Brian et Jan Pienaar. 2007. « Business and HIV/AIDS: the case of Anglo American ». *AIDS*, vol. 21, no Suppl 3, p. S79-S84.
- Brown, Garrett Wallace. 2009. « Multisectoralism, participation, and stakeholder effectiveness: increasing the role of nonstate actors in the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis ». *Global Governance*, vol. 15, no 2, p. 169 - 177.
- Bruno, Isabelle. 2010. « La déroute du "benchmarking social". » *Revue Française de Socio-Économie*, vol. n° 5, no 1, p. 41-61.
- Bryon-Portet, Céline. 2014. « Les rites de convivialité dans les escadrons de chasse de l'armée de l'air ». *Communication & Organisation*, vol. 44, no 2, p. 149-164.

- Buvé, Anne, Kizito Bishikwabo-Nsarhaza et Gladys Mutangadura. 2002. « The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa ». *Lancet*, vol. 359, no 9322, p. 2011-2017.
- Camara, Mamadou, Cristina D'Almeida, Marie-José Essi et Benjamin Coriat. 2010. « Chapitre 7. Du passage à l'échelle à la gratuité. Les politiques d'acquisition et de distribution des médicaments antirétroviraux dans le contexte de la décentralisation au Cameroun ». Dans *Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.) Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, p. 95-112. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- Campbell, Bonnie. 1995. « L'Ajustement en Afrique: L'expérience de la Côte d'Ivoire ». *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Études Africaines*, vol. 29, no 2, p. 290-302.
- Camp, Robert C. 1989. *Benchmarking: The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*. Milwaukee, USA : The American Society for Quality Control Press.
- Capron, Michel. 2008. « Le rôle des entreprises dans le développement durable. Approche historique ». Communication présentée à la *Journée d'études du Groupe initiatives* (Nogent-sur-Marne, 2008).
- Capron, Michel et Françoise Quairel. 2007. *La responsabilité sociale d'entreprise*. Paris : La Découverte.
- Carillon, Séverine. 2013. « La production sociale des ruptures de soins. Une anthropologie de l'expérience ordinaire du suivi médical de l'infection à VIH à Kayes (Mali) ». Paris : Paris Descartes.
- Carroll, Archie B. 1977. *Managing corporate social responsibility*. Little, Brown.
- Castel, Robert. 2013. « V. La cohésion sociale ». *Repères*, p. 99-123.
- Chabrol, Fanny. 2002. « Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d'un enjeu de sécurité internationale ». *Revue internationale et stratégique*, vol. 46, no 2, p. 129.
- . 2012. « Prendre soin de sa population. Le sida au Botswana entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté ». *Sociologie*, Paris : EHESS.
- Charalambous, S, A D Grant, J H Day, Lindiwe Pemba, RE Chaisson, P Kruger, D Martin, R Wood, Brian Brink et G J Churchyard. 2007. « Establishing a workplace antiretroviral therapy programme in South Africa ». *AIDS Care*, vol. 19, no 1, p. 34-41.
- Chavy, Frédéric et Laurie Decoux. 2013. « État et RSE ». Dans *Dictionnaire critique de la RSE*, N. Postel et R. Sobel (eds). Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Chevalier, Evelyne. 1995. *Enquête en Côte d'Ivoire : Sida et entreprises*. ISE. Lyon.
- Clarkson, Max B. E. 1995. « A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance ». *The Academy of Management Review*, vol. 20, no 1, p. 92-117.
- Clavier, Carole. 2012. « La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark ». *Revue internationale de politique comparée*, vol. Vol. 18, no 4, p. 13-27.

- CNLS Cameroun (Conseil National de Lutte contre le VIH/sida). 2012. *Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/Sida au Cameroun*. Yaoundé.
- . 2013a. *Estimation des ressources et dépenses 2011 de lutte contre le sida au Cameroun (EF-REDES-NASA)*. Yaoundé : GTC-CNLS.
- . 2013b. *Estimation des ressources et dépenses 2011 de lutte contre le sida au Cameroun*. Yaoundé.
- CNLS Côte d'Ivoire (Conseil National de Lutte contre le VIH/sida). 2006. *Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2006-2010*. Abidjan.
- . 2010. *Estimation des flux de ressources et dépenses de lutte contre le Sida (EF/Redes). Côte d'ivoire 2009*. Abidjan.
- . 2011a. *Plan stratégique national de lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST, 2011 - 2015*. Abidjan.
- . 2011b. *Rapport national 2010 de lutte contre l'infection à VIH en Côte d'Ivoire*. Abidjan.
- . 2012. *Suivi de la déclaration de politique sur le Sida de juin 2011. Rapport National 2012*. Abidjan.
- Coates, Thomas J, Agnes Fiamma, Greg Szekeres, Shari Dworkin, Robert H Remien, Brent W Hanson et Jean-Baptiste Rudatsikira. 2007. « Business' role in exercising leadership, promoting equity, embracing accountability, and developing partnerships ». *AIDS*, vol. 21, no Suppl 3, p. S3-S9.
- Codjo, Delava Jean Claude, Paul Auguste Assi et Rostand Behibro. 2005. *Evaluation de la participation des entreprises du secteur privé à la lutte contre le VIH/Sida*. Projet de Rapport. Abidjan : Ministère de la Lutte contre le VIH/Sida.
- Cogneau, Denis et M grimm. 2003. *Socio-economic status, sexual behaviour, and differential AIDS mortality*. Working Paper. Dial IRD.
- Colvin, Mark, Cathy Connolly et Lorna Madurai. 2007. « The epidemiology of HIV in South African workplaces ». *AIDS*, vol. 21, no Suppl 3, p. S13-S19.
- Combe, P, G La Ruche, D Bonard, Timothée Ouassa, Hortense Faye-Ketté, Fatoumata Sylla-Koko et Francois Dabis. 2001. « Hepatitis B and C infections, human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections among women of childbearing age in Côte d'Ivoire, West Africa ». *Trans R Soc Trop Med Hyg*, vol. 95, no 5, p. 493-496.
- Commission Européenne. 2001. *Livre Vert de l'Union européenne. Promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises*. Bruxelles.
- Connelly, Patrick et Sydney Rosen. 2006. « Treatment of HIV/AIDS at South Africa's largest employers: myth and reality ». *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, vol. 96, no 2, p. 128-133.
- Conseil économique et social. 2005. *Conséquences sur l'emploi et le travail des stratégies d'externalisation d'activités*. Rapport public. présenté par F. Edouard. En ligne. <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000129/index.shtml>>. Consulté le 19 novembre 2014.
- Contamin, Bernard et Harris Memel-Fotê. 1997. *Le modèle ivoirien en questions: crises, ajustements, recompositions*. KARTHALA Editions.

- Corbett, Elizabeth L, Ethel Dauya, Ronnie Matambo, Yin Bun Cheung, Beauty Makamure, Mary T Bassett, Steven Chandiwana, et al. 2006. « Uptake of workplace HIV counselling and testing: a cluster-randomised trial in Zimbabwe ». *PLoS Medicine*, vol. 3, no 7, p. e238.
- Corno, Lucia et Damien De Walque. 2012. « Mines, Migration and HIV/AIDS in Southern Africa ». *Journal of African Economies*, vol. 21, no 3, p. 465-498.
- Cornwall, Andrea. 2007. « Buzzwords and fuzzwords: deconstructing development discourse ». *Development in Practice*, vol. 17, no 4-5, p. 471-484.
- Couderc, Nicolas, Nicolas Drouhin et Bruno Ventelou. 2006. « SIDA et croissance économique : le risque d'une « trappe épidémiologique » ». *Revue d'économie politique*, vol. Vol. 116, no 5, p. 697-715.
- Crozier, Michel et Erhard Friedberg. 1977. *L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective*. Seuil.
- Dahab, Maysoon, Karina Kielmann, Salome Charalambous, Alan S Karstaedt, Robin Hamilton, Lettie La Grange, Katherine L Fielding, Gavin J Churchyard et Alison D Grant. 2011. « Contrasting reasons for discontinuation of antiretroviral therapy in workplace and public-sector HIV programs in South Africa ». *AIDS patient care and STDs*, vol. 25, no 1, p. 53-59.
- Dahab, Mison, Salome Charalambous, Robin Hamilton, Katherine Fielding, Karina Kielmann, Gavin J Churchyard et Alison D Grant. 2008. « “That is why I stopped the ART”: patients' & providers' perspectives on barriers to and enablers of HIV treatment adherence in a South African workplace programme ». *BMC public health*, vol. 8, p. 63.
- Dahl, Robert Alan. 1961. *Who Governs?: Democracy and Power in an American City*. Yale University Press.
- Dalal, Shona, Chung-won Lee, Thato Farirai, Allison Schilsky, Thurma Goldman, Janet Moore et Naomi N Bock. 2011. « Provider-initiated HIV testing and counseling: increased uptake in two public community health centers in South Africa and implications for scale-up ». *PloS one*, vol. 6, no 11, p. e27293.
- DallaPiazza, Michelle et Judith A Aberg. 2011. « HIV counseling and testing for household members of HIV-infected individuals in Africa: should prevention programs focus on home-based rather than clinic-based outreach? ». *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 8, no 2, p. 75-77.
- D'Almeida, Cristina, Mamadou Camara, Marie-José Essi, Simona Gamba et Benjamin Coriat. 2010. « Chapitre 8. L'expérience camerounaise d'accès aux thérapies de seconde ligne ». Dans *Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.) Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, p. 113-132. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- Darbon, Dominique. 2004. « Peut-on relire le politique via les politiques publiques? ». Dans *A. Triulzi (dir.), State power and new politic actors in Africa*. Annali. Milano.
- . 2008. « Etat, Pouvoir et Société dans la gouvernance des sociétés projetées ». Dans *La gouvernance démocratique : Un nouveau paradigme pour le développement ? Bellina, Séverine et al (dir.)*. Paris : Karthala.

- Darmon, Laetitia. 2012. « Les paradoxes carcéraux ». *Le Journal du Sida*, vol. avril - mai - juin, no 223, p. 30-31.
- David, Pierre-Marie. 2013. « Le traitement de l'oubli. Epreuve de l'incorporation des antirétroviraux et temporalités des traitements du sida en Centrafrique ». Montréal : Université de Montréal et Université Lyon 1.
- Davis, Keith et Robert Lowell Blomstrom. 1966. *Business and Its Environment*. McGraw-Hill.
- Day, J H, K Miyamura, A D Grant, A Leeuw, J Munsamy, R Baggaley et G J Churchyard. 2003. « Attitudes to HIV voluntary counselling and testing among mineworkers in South Africa: will availability of antiretroviral therapy encourage testing? ». *AIDS Care*, vol. 15, no 5, p. 665-672.
- Dédy, Séri. 1996. « Sécurité sociale, sida et médecine du travail en Côte d'Ivoire ». Dans , p. 619-633. Sali Portudal : ORSTOM, CODESRIA.
- Dédy, Séri et Gozé Tapé. 1995. « Sida et emploi en Côte d'Ivoire : étude de la législation, des conventions collectives et des pratiques des entreprises concernant l'emploi des personnes séropositives ou atteintes du sida ».
- Defourny, Jacques et Julie Failon. 2011. « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques ». *Mondes en développement*, vol. n°153, no 1, p. 7-26.
- Defrance, Charles et Thomas Miklaveç. 2010. *Guide pratique des programmes de santé en entreprises*. Série pratique. Paris : PCS.
- Degefa, Ambaye, Eduard J Sanders, Yared Mekonnen, Tsehaynesh Messele, Dawit Wolday, Wendelien Dorigo-Zetsma, Walelgne Mekonnen, Ab Schaap et Nicole H Dukers. 2003. « Knowledge and attitudes towards antiretroviral therapy among factory workers participating in a cohort on HIV and AIDS, Addis Ababa, Ethiopia ». *Ethiopian Medical Journal*, vol. 41 Suppl 1, p. 75-87.
- Delaunay, Karine. 1997. « Réflexion sur les dynamiques socio-politiques de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire ». Communication présentée à la *Xème CISMA* (Abidjan, décembre 1997).
- Delaunay, K., Auguste Didier Blibolo, K. Cissé-Wone, Marc-Eric Gruénais, Auguste Didier Blibolo, K. Cissé-Wone, K. Delaunay, et al. 1999. « Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un "marché du sida" émergent (cas ivoirien et sénégalais) ». Dans *Organiser la lutte contre le sida : une étude comparative sur les rapports Etat/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal)*, p. 69-89. Paris : IRD.
- Delor, F. et M. Hubert. 2000. « Revisiting the concept of "vulnerability" ». *Social Science & Medicine* (1982), vol. 50, no 11, p. 1557-1570.
- Delville, Philippe Lavigne et Aghali Abdelkader. 2010. « À cheval donné, on ne regarde pas les dents » : les mécanismes et les impacts de l'aide vus par des praticiens nigériens. LASDEL.
- Demange, Elise. 2010. « La controverse "Abstain, Be Faithful, Use a Condom". Transnationalisation de la politique de prévention du VIH/sida en Ouganda ». Science politique, Sciences Po Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux 4.

- Desclaux, Alice, Odette Ky-Zerbo, Jean-François Somé et Carla Obermeyer. 2014. « Ethical considerations of providers and clients on HIV testing campaigns in Burkina Faso ». *BMC International Health and Human Rights*, vol. 14, no 1, p. 27.
- Desclaux, Alice, Isabelle Lanièce, Ibra Ndoye, et Bernard Taverne (dir.). 2002. *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. Coll. « Sciences sociales et sida ». Paris : ANRS.
- Desgrées du Loû, A., P. Msellati, G. La Ruche, C. Welffens-Ekra, R. Ramon et F. Dabis. 1999. « Estimation of HIV-1 prevalence in the population of Abidjan by adjustment of the prevalence observed in antenatal centres ». *AIDS (London, England)*, vol. 13, no 4, p. 526-527.
- Desgrées du Loû, Annabel. 2000. *Le sida, un révélateur des disparités de genre : en Afrique, les femmes affrontées à une multiplicité de risques*. Paris : INED. En ligne. <<http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010046796>>. Consulté le 8 juin 2014.
- Dhaouadi, Inès. 2008. « La conception politique de la responsabilité sociale de l'entreprise : vers un nouveau rôle de l'entreprise dans une société globalisée ». *Revue de l'organisation responsable*, vol. 3, no 2, p. 19.
- Diallo, B.-L., M. Alary, S. Rashed et A. Barry. 2011. « Épidémie du VIH chez les hommes travaillant dans les mines industrielles de Guinée : séroprévalence, facteurs de risque associés et tendance 2001–2007 ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 59, no 4, p. 251-257.
- Diallo, M. O., A. N. Ackah, M. F. Lafontaine, R. Doorly, R. Roux, J. M. Kanga, P. Heroin et K. M. De Cock. 1992. « HIV-1 and HIV-2 infections in men attending sexually transmitted disease clinics in Abidjan, Côte d'Ivoire ». *AIDS (London, England)*, vol. 6, no 6, p. 581-585.
- Dickinson, Clare, Jackie Mudy, Elizabeth Serlemitsos et Janet Whitelaw Jones. 2009. *A synthesis of institutional arrangements of national aids commissions in Africa*. Londres : HLSP.
- Dickinson, David et Marion Stevens. 2005. « Understanding the Response of Large South African Companies to HIV/AIDS ». *SAHARA J*, vol. 2, no 2, p. 286.
- DiMaggio, Paul J. et Walter W. Powell. 1983. « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields ». *American Sociological Review*, vol. 48, no 2, p. 147.
- Dixneuf, Marc. 2003. « Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale ». *Revue française de science politique*, vol. Vol. 53, no 2, p. 277-304.
- Dixon, Simon, Scott McDonald et Jennifer Roberts. 2002. « The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development ». *BMJ : British Medical Journal*, vol. 324, no 7331, p. 232-234.
- Dodier, Nicolas. 2003. *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris : Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Dommen, Edouard. 1994. « Développement durable : mots-déclat ». UNCTAD, Working Paper n°80.
- Dozon, Jean-Pierre. 1997. « L'anthropologie à l'épreuve de l'implication et de la réflexion éthique ». Dans *Anthropologues en dangers : l'engagement sur le terrain*, sous la dir.

- de Michel Agier et M. Augé, p. 109-121. Coll. « Les Cahiers de Gradhiva 30 ». Paris : Jean-Michel Place.
- . 2001. « Quatre modèles de prévention ». Dans *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, sous la dir. de Jean-Pierre Dozon et D. Fassin, p. 23-46. Coll. « Voix et Regards ». Paris : Balland.
- Dozon, Jean-Pierre, et Laurent Vidal (dir.). 1993. « Les sciences sociales face au SIDA : cas africains autour de l'exemple ivoirien ». Dans . Abidjan : ORSTOM.
- Drechsler, Denis et Johannes P. Jütting. 2005. *L'assurance maladie privée dans les pays en développement*. Centre de développement de l'OCDE - Repères. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Duran, Patrice. 1999. *Penser l'action publique*. L.G.D.J.
- Durkheim, Emile. 1894. *Les règles de la méthode sociologique*. Coll. « Champs ». Paris : Flammarion.
- Duval, Guillaume. 2003. « Une occasion historique de réguler le capitalisme ». *L'Économie politique*, vol. n° 18, no 2, p. 37-49.
- Dye, Thomas R. 2002. *Understanding Public Policy*. Prentice Hall.
- Eboko, Fred. 1999. « Les élites politiques au Cameroun. Le renouvellement sans renouveau ? ». Dans *Daloz, Jean-Pascal (dir.) Le (non-) renouvellement en Afrique subsaharienne*, p. 99-133. CEAN. Bordeaux.
- . 2005a. « Law against morality ? : access to anti-AIDS drug in Africa ». Sous la dir. de. La Moralisation du Capitalisme : Congrès International, Paris (FRA), 2004/05. *International Social Science Journal*, no 186, p. 715-724.
- . 2005b. « Chapitre 3 : Les modèles de la mobilisation : la culture politique dans la lutte contre le Sida ». Dans *The African State and the AIDS crisis*, Amy S. Patterson (dir.). Ashgate.
- . 2005c. « Les sociétés africaines face au Sida : périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques ». *Terroirs Revue africaine de sciences sociales et d'études culturelles*, no 1-2, p. 59-69.
- (dir.). 2005d. « Numéro spécial "Sida : analyseur ou médiatisateur des sociétés africaines, des politiques nationales et internationales ? Agent ou révélateur du changement ? Maladie des inégalités, du renoncement collectif aux raisons de vivre ?". » *Terroirs Revue africaine de sciences sociales et d'études culturelles*, no 7. Coll. « Mobilisations collectives face au sida dans le monde ».
- . 2010. « Chapitre 1. À l'articulation du national et de l'international : bref historique de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun ». Dans *Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.) Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, p. 1-11. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- . 2013a. « De l'intime au politique. Modèles dissonants et régulations des politiques publiques. A partir de la lutte contre le VIH/Sida en Afrique ». HDR. Université Versailles St Quentin en Yvelines.
- . 2013b. « Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida ». Dans *Poassas, Cristina & Larouzé, Bernard, Accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud. Propriété*

- intellectuelle et politiques publiques*, p. 207-224. ANRS. Coll. « Sciences sociales et sida ». Paris.
- Eboko, Fred, Claude Abé, et Christian Laurent (dir.). 2010. *Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- Eboko, Fred, Frédéric Bourdier, et Christophe Broqua (dir.). 2011. *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*. IRD. Coll. « Objectifs Suds ».
- Eboko, Fred, Sylvie Boyer, Luc Sindjoun, Paul Nchoj Nkiwi, Patrice Bigombe Logo et Mathias Eric Owona Nguini. 2010. « Chapitre 6. La décentralisation de l'accès au traitement du VIH/sida : directives internationales, logiques fonctionnelles et transferts de compétences ». Dans *Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.) Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, p. 85-94. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- Eboko, Fred et Yves Paul Mandjem. 2011. « ONG et associations de lutte contre le sida en Afrique. Incitations transnationales et ruptures locales au Cameroun ». Dans *Eboko F, Bourdier F et Broqua C (dir.) Les Suds face au Sida. Quand la société civile se mobilise*, p. 205-230. Coll. « Objectifs Suds ». Marseille : IRD.
- Eboko, Fred, Mathias Eric Owona Nguini et Maurice Enguéléguélé. 2009. « Cameroun, Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique ». *Télescope*, no printemps-été, p. 52-67.
- Eholié, Serge Paul, Monica Nolan, André Patrick Gaumon, Joseph Mambo, Yves Kouamé-Yebouet, Rigobert Aka-Kakou, Emmanuel Bissagné et Auguste Kadio. 2003. « Antiretroviral treatment can be cost-saving for industry and life-saving for workers: a case study from Côte d'Ivoire's private sector ». Dans *Jean-Paul MOATTI et al (dir.). Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries: issues and challenges*, p. 329-346. ANRS. Paris.
- Eholié, S P, K A Tanon, M Folquet-Amorissani, I Ouattara, Y T Aba, V Traoré-Ettiegne, A R Kakou, E Aoussi, X Anglaret et E Bissagné. 2009. « Impact of access to antiretroviral therapy in Côte d'Ivoire ». *Médecine tropicale: revue du Corps de santé colonial*, vol. 69, no 5, p. 520-524.
- Elbaum, Mireille. 2012. « La "politique des indicateurs" : contenu et limites. » *Politiques sociales et familiales*, vol. 110, no 1, p. 65-75.
- Elias, Norbert et Yasmin Hoffmann. 2003. *Qu'est-ce que la sociologie?*. Paris : Ed. de l'Aube : Pocket.
- Enel, Catherine. 2013. « Projet DOD-CI. Volet sciences sociales Hépatites B et C Rapport de mission Abidjan, 7 mars – 5 juin 2013 ».
- Enguéléguélé, Maurice. 2008. « Quelques apports de l'analyse de l'action publique à l'étude du politique en Afrique subsaharienne ». *Politiques et Sociétés*, vol. 27, no 1, p. 3-28.
- Fall, Abdou Salam et Laurent Vidal. 2006. « Émergence d'une culture, déclin d'une profession. » *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 121, no 2, p. 239.
- Fassin, Didier. 1994. « Le domaine privé de la santé publique: Pouvoir, politique et sida au Congo ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 49, no 4, p. 745-775.
- . 1996. *L'espace politique de la santé : Essai de généalogie*. Édition : 1re éd. Paris : Presses Universitaires de France - PUF.

- . 2000. « Une crise épidémiologique dans les sociétés de post-apartheid: le sida en Afrique du Sud et en Namibie ». *Afrique Contemporaine*, no 195, p. 105 - 115.
- . 2003a. « Anatomie politique d'une controverse ». *Critique internationale*, vol. n° 20, no 3, p. 93-112.
- . 2003b. « Naissance de la santé publique ». *Genèses*, vol. n°53, no 4, p. 139-153.
- . 2003c. « Les nouvelles frontières de la santé ». *Sciences Humaines*, n°141.
- (dir.). 2004. *Didier Fassin (dir.), Afflictions : l'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida, Karthala, Paris, 2004*. Karthala. Paris.
- Fassin, Didier. 2005. « Le sens de la santé: anthropologie des politiques de la vie ». Dans F. Saillant et S. Genest, *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, chapitre 14, p. 383-399.
- Fassin, Didier. 2009. « Les économies morales revisitées ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 64e année, no 6, p. 1237-1266.
- . 2010. *La raison humanitaire une histoire morale du temps présent*. [Paris] : Gallimard : Seuil.
- Fassin, Didier et Jean-Pierre Dozon. 1989. « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique ». *Sciences sociales et santé*, vol. 7, no 1, p. 21-36.
- Fassin, Didier et Paula Vasquez. 2005. « Humanitarian exception as the rule: The political theology of the 1999 Tragedia in Venezuela ». *American Ethnologist*, vol. 32, no 3, p. 389-405.
- Fauré, Y-A et Jean-François Médard. 1995. « L'Etat-business et les politiciens entrepreneurs. Néopatrimonialisme et Big-men : économie et politique ». Dans *Entreprises et entrepreneurs africains, Stephen Ellis et Yves-Alain Fauré (dir.)*, p. 289-310. Paris : Karthala - Orstom.
- Feeley, Frank, Alizanne Collier, Sarah C Richards, Stefaan F Van der Borght et Tobias F Rinke de Wit. 2007. « A successful workplace program for voluntary counseling, testing, and treatment of HIV/AIDS at Heineken, Rwanda ». *International Journal of Environmental Health*, vol. 13, no 1.
- Feeley, Frank, Patrick Connelly et Sydney Rosen. 2007. « Private sector provision and financing of AIDS treatment in Africa: current developments ». *Current HIV/AIDS reports*, vol. 4, no 4, p. 192-200.
- Feeley, Frank, Sydney Rosen et J Connelly. 2010. « The private Sector and HIV/AIDS in Africa : Recent Developments and Implications for Policy ». Dans *The Changing HIV/AIDS Landscape: Selected Papers for The World Bank's Agenda for Action in Africa, 2007-2011*. World Bank Publications.
- Feher, Michel. 2007. « S'apprécier, ou les aspirations du capital humain ». *Raisons politiques*, vol. n° 28, no 4, p. 11-31.
- Fillieule, Olivier et Cécile Péchu. 2004. *Lutter ensemble. Les théories de l'action collective*. Harmattan. Coll. « Logiques politiques ». Paris.
- Ford, Nathan, Alexandra Calmy et Edward J. Mills. 2011. « The first decade of antiretroviral therapy in Africa ». *Globalization and Health*, vol. 7, no 1, p. 33.
- Foucault, Michel. 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard. Paris.

- . 1976. « Les mailles du pouvoir ». Dans .
- . 1977. « Le jeu de Michel Foucault (entretien avec D. Colas, A. Grosrichard, G. Le Gaufey, J. Livi, G. Miller, J. Miller, J.-A. Miller, C. Millot, G. Wajeman) ». *Bulletin périodique du champ freudien*, vol. Ornicar, no 10, p. 62-93.
- . 1994a. « La philosophie analytique de la politique ». *Asahi Jaanaru*, 2 juin 1978, p.28-35 ». Dans *Dits et Écrits*, vol. 3, texte n°232, p. 548-549.
- . 1994b. *Histoire de la sexualité, tome 1 : La Volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- . 2001. « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France (1975-1976)*. Numérique, Le Foucault électronique. Paris.
- . 2004. *Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979)*. Sous la dir. de F.Ewald, A. Fontana, et M. Senellart. [Paris] : Gallimard : Seuil.
- Fouilleux, Ève. 2000. « Entre production et institutionnalisation des idées. La réforme de la Politique agricole commune ». *Revue française de science politique*, vol. 50, no 2, p. 277-306.
- Freedberg, Kenneth A et Yazdan Yazdanpanah. 2003. « Cost-effectiveness of HIV Therapies in Resource-Poor Countries ». Dans *Jean-Paul MOATTI et al (dir.). Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries: issues and challenges*, p. 267-292. ANRS. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris.
- Freeman, R. Edward. 1984. *Strategic management: a stakeholder approach*. Boston : Pitman.
- Friedman, Milton. 1962. *Capitalisme et liberté*. Robert Laffont (1971).
- Frynas, Jędrzej George. 1998. « Political instability and business: Focus on Shell in Nigeria ». *Third World Quarterly*, vol. 19, no 3, p. 457-478.
- Fultz, Elaine et John M. Francis. 2011. « Les programmes de prévention et de traitement du VIH et du sida mis en place par les entreprises: expérience récente de pays d’Afrique subsaharienne ». *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 64, no 3, p. 1–23.
- Furlong, Patrick et Karen Ball. 2005. « The More Things Change : AIDS and the State in South Africa, 1987-2003 ». Dans *The African State and the AIDS Crisis*, ed. A. Patterson. Ashgate. Aldershot.
- Gabas, Jean-Jacques et Philippe Hugon. 2001. « Les biens publics mondiaux et la coopération internationale ». *L’Économie politique*, vol. n° 12, no 4, p. 19-31.
- Gavin George et Tim Quinlan. 2009. « ‘Health management’ in the private sector in the context of HIV/AIDS: progress and challenges faced by company programmes in South Africa ». *Sustainable Development*, vol. 17, no 1, p. 19-29.
- Gazibo, Mamoudou. 2001. « L’Afrique en politique comparée ». *Polis/R.C.S.P./C.P.S.R.*, vol. 8, no spécial, p. 1-18.
- . 2002. « La démarche comparative binaire : éléments méthodologiques a partir d’une analyse de trajectoires contrastées de démocratisation ». *Revue internationale de politique comparée*, vol. Vol. 9, no 3, p. 427-449.
- Genieys, William et Andy Smith. 2010. « Qui gouverne les industries ? ». *Métropoles*, no 7.
- Georgescu-Roegen, Nicholas. 1978. « De la science économique à la bioéconomie ». *Revue d’économie politique*, vol. 88, no 3, p. 337-382.

- GFBC, GIZ et PCS. 2011. *Rapport annuel 2011 du projet de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies hydriques dans les entreprises forestières du Cameroun*. Yaoundé.
- Ghys, Peter D., Mamadou O. Diallo, Virginie Ettiègne-Traoré, Kouamé Kalé, Oussama Tawil, Michel Caraël, Moussa Traoré, et al. 2002. « Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991-1998 ». *AIDS (London, England)*, vol. 16, no 2, p. 251-258.
- GINWALLA, S K, A D Grant, J H Day, T W Dlova, S Macintyre, R Baggaley et G J Churchyard. 2002. « Use of UNAIDS tools to evaluate HIV voluntary counselling and testing services for mineworkers in South Africa ». *AIDS Care*, vol. 14, no 5, p. 707-726.
- Girrbach, Elizabeth et John Andrianarisata. 2003. *La réponse de PECHINEY - ALUCAM à la lutte contre le VIH/SIDA. Comment le programme SIDA d'ALUCAM a influencé la politique sectorielle de la lutte contre le SIDA au Cameroun*. Madagascar : GTZ.
- Goffman, Erving. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne I : La présentation de soi*. Édition : Editions de Minuit. Paris : Les Editions de Minuit.
- Goldberg, I et I Sprotzer. 1998. « Workplace privacy: HIV testing, disclosure, and discrimination ». *The Health care supervisor*, vol. 17, no 2, p. 21-27.
- Granich, Reuben M, Charles F Gilks, Christopher Dye, Kevin M De Cock et Brian G Williams. 2009. « Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model ». *The Lancet*, vol. 373, no 9657, p. 48-57.
- Graz, Jean-Christophe. 2006. « Les hybrides de la mondialisation ». *Revue française de science politique*, vol. Vol. 56, no 5, p. 765-787.
- Greener, R. 1998. « Why companies should intervene: a case study of the costs of HIV / AIDS to employers. Economic impact: Southern Africa ». *AIDS analysis Africa*, vol. 8, no 2, p. 3-4.
- Gros, Frédéric, Daniele Lorenzini, Ariane Revel et Arianna Sforzini. 2013. « Introduction ». *Raisons politiques*, vol. N° 52, no 4, p. 5-11.
- Gruénais, Marc-Eric. 1995. « Incertitudes ethnographiques. À propos d'une recherche sur le sida ». *Journal des anthropologues*, no 60, p. 25-32.
- (dir.). 1999. *Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative Etat/société civile*. ANRS-IRD. Paris.
- GTZ et GBC. 2005. *Making Co-Investment a reality. Strategies and experiences*. Eschborn.
- Guigner, Sébastien. 2012. « L'Union européenne, acteur de la biopolitique contemporaine : les mécanismes d'européanisation normative et cognitive de la lutte contre le tabagisme ». *Revue internationale de politique comparée*, vol. Vol. 18, no 4, p. 77-90.
- Guilbaud, Auriane (1984-). 2012. « L'insertion progressive des entreprises dans la gouvernance mondiale de la santé : le cas de la lutte contre le VIH/sida et les maladies négligées ». Paris : IEP.
- Haas, Peter M. 1991. « Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination ». *International Organization*, vol. 46, no 1, p. 1-35.

- Hache, Emilie. 2007. « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? ». *Raisons politiques*, vol. n° 28, no 4, p. 49-65.
- Hall, Peter A. 1993. « Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain ». *Comparative Politics*, vol. 25, no 3, p. 275-296.
- Ham, C., D. J. Hunter et R. Robinson. 1995. « Evidence based policymaking. » *BMJ : British Medical Journal*, vol. 310, no 6972, p. 71-72.
- Hardon, Anita. 2005. « La lutte contre l'épidémie de VIH/sida en Afrique subsaharienne : les politiques à l'épreuve de la pratique ». *Revue internationale des sciences sociales*, vol. n° 186, no 4, p. 661-669.
- Harman, Sophie. 2007. « The World Bank: Failing the Multi-Country AIDS program, Failing HIV/AIDS ». *Global Governance*, vol. 13, no 4, p. 485-492.
- Hassenteufel, Patrick. 2005. « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale ». *Revue française de science politique*, vol. Vol. 55, no 1, p. 113-132.
- . 2007. « L'Etat mis à nu par les politiques publiques ? ». Dans B. Badie, Y. Déloye (dir.), *Les temps de l'État*, Fayard, 2007, p.311-329.
- . 2011. *Sociologie politique: l'action publique*. Paris : Armand Colin.
- Hayem, Judith. 2004. « Histoire collective et responsabilité individuelle. Conditions de la mobilisation politique contre le SIDA dans les mines ». *D. Fassin (ed.), Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, p. 201-233.
- . 2005. « Les entreprises en Afrique du Sud face au VIH/Sida. Enjeux et complexité d'un rôle social et politique inédit ». *Terroirs*, no 1-2, p. 135-165.
- Hellevik, Siri Bjerkreim. 2012. « Les modes et les problèmes de coordination multisectorielle dans la lutte contre le VIH/sida en Tanzanie ». *Revue Internationale des Sciences Administratives*, vol. 78, no 3, p. 595-617.
- Herwitz, Daniel et Frédéric Le Marcis. 2006. « Sida, savoir et réinvention de la société civile en Afrique du Sud ». *Politique africaine*, no 103, p. 46.
- Herzlich, Claudine et Philippe Adam. 1997. « Urgence sanitaire et liens sociaux : l'exceptionnalité du Sida? ». *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. 102, p. 5-28.
- Herzlich, Claudine et Janine Pierret. 1991. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris : Payot.
- Hibou, Béatrice. 1998. « Retrait ou redéploiement de l'Etat ? ». *Critique internationale*, vol. n° 1, no 4, p. 151-168.
- . 1999. « La « décharge », nouvel interventionnisme ». *Politique africaine*, vol. N° 73, no 1, p. 6-15.
- Hily, Marie-Antoinette, Jacqueline Costa-Lascoux et Didier Fassin. 2001. « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration ». *Revue européenne de migrations internationales*, vol. 17, no 2, p. 139-151.
- Hobbes, Thomas. 2000. *Léviathan, ou, matière, forme et puissance de l'Etat chrétien et civil*. Paris : Gallimard.
- Hodges, Jane. 2006. *Combattre le VIH/Sida sur le lieu de travail par la législation du travail et de l'emploi*. Coll. « Dialogue ». Genève : BIT.

- . 2007. *Recueil de bonnes pratiques législatives en matière de VIH/Sida dans certains pays d'Afrique*. OIT.
- Hogg, Robert, Pedro Cahn, Elly T. Katabira, Joep Lange, N. M. Samuel, Michael O'Shaughnessy, Stefano Vella, Mark A. Wainberg et Julio Montaner. 2002. « Time to act: global apathy towards HIV/AIDS is a crime against humanity ». *Lancet*, vol. 360, no 9347, p. 1710-1711.
- Hommel, Thierry. 2006. « Paternalisme et RSE : continuités et discontinuités de deux modes d'organisation industrielle ». *Entreprises et histoire*, vol. 45, no 4, p. 20.
- . 2013. « Paternalisme ». Dans *Dictionnaire critique de la RSE*, N. Postel et R. Sobel (eds). Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Hommel, Thierry, Jean-Claude Dupuis et Christian LeBas. 2008. « La RSE en réponse à la contestabilité sociale : une analyse des stratégies en responsabilité sociétale au regard de la théorie de la gestion contestable [CSR as a response to social contestability. An analysis of CSR strategy in the context of disputable management] ». *Economies et sociétés*, vol. 42, no 1, p. 241-261.
- Hours, Bernard. 1986. « L'État de la santé. » *Cahiers d'études africaines*, vol. 26, no 103, p. 395-401.
- . 1987. « L'urgence comme politique ». *Politique Africaine*, no 28, p. 89-95.
- Hugon, Philippe. 1996. « Sortir de la récession et préparer l'après-pétrole : le préalable politique », *Politique africaine*, vol. 62, p. 35-44.
- . 2003. « Les biens publics mondiaux : un renouveau théorique pour penser l'action publique à l'échelle mondiale ? ». *Politiques et management public*, vol. 21, no 3, p. 55-72.
- Hunsmann, Moritz. 2009. « Political determinants of variable aetiology resonance: explaining the African AIDS epidemics ». *International journal of STD & AIDS*, vol. 20, no 12, p. 834-838.
- . 2012. « *Alternatives to Development* » and *Acute Dependency: HIV/AIDS as a Blind Spot of Post-Development Theory?*. SSRN Scholarly Paper. Rochester, NY : Social Science Research Network.
- INS Côte d'Ivoire (Institut National de la Statistique). 2012. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*. Yaoundé : Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire / Ministère de la Santé Publique.
- Jean, Kévin, Xavier Anglaret, Raoul Moh, France Lert et Rosemary Dray-Spira. 2012. « Barriers to HIV Testing in Côte d'Ivoire: The Role of Individual Characteristics and Testing Modalities ». *PLoS ONE*, vol. 7, no 7, p. e41353.
- Jensen, Michael C. 2002. « Value Maximization, Stakeholder Theory, and the Corporate Objective Function ». *Business Ethics Quarterly*, vol. 12, no 2, p. 235-256.
- Jobert, Bruno. 1994a. « Le retour du politique ». Dans *Bruno JOBERT (dir.), Le Tournant néo-libéral en Europe*, p. 9-20. L'Harmattan.
- . 1994b. *Le tournant néo-libéral en Europe: idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*. Harmattan.

- . 2003. « Chapitre 14. Le mythe de la gouvernance dépolitisée ». *Académie*, p. 273-285.
- Jobert, Bruno et Pierre Muller. 1987. *L'Etat en action : politiques publiques et corporatismes*. Coll. « Presses Universitaires de France ». Paris.
- Jones, T.M. 1980. « Corporate Social Responsibility Revisited, Redefined ». *Academy of Management Review*, vol. 24, no 2, p. 59-67.
- Kalofonos, Ippolytos Andreas. 2008. « *All I Eat is ARVs* »: *Living with HIV/AIDS at the Dawn of the Treatment Era in Central Mozambique*. ProQuest.
- Kamdem, Emmanuel. 2007. « Éthique, mondialisation et pratique des affaires : enjeux et perspectives pour l'Afrique ». *Management International*, vol. 11, no 2, p. 65-79.
- Kanoui-Mebazaa, Valérie et Marc-Antoine Valantin. 2008. « La santé en prison ». *Les Tribunes de la santé*, vol. 17, no 4, p. 97-103.
- Keohane, Robert O, Joseph S Nye, Harvard University et Center for International Affairs. 1971. *Transnational relations and world politics*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Kerouedan, Dominique. 2004. *Lutte contre le sida dans le monde du Travail en Côte d'Ivoire : Eléments d'analyse de situation et de réponses. Recommandations pour les secteurs public et privé industriel et commercial*. Rapport de mission. Abidjan : Family Health International.
- Kerouedan, Dominique, Issa Malick Coulibaly et Jean-Pierre Deschamps. 1997. « Former les personnels de santé au dépistage et au conseil. L'expérience de la Côte d'Ivoire ». Dans *Desclaux, Alice et Claude Raynault (dir.) Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara Aspects médicaux et sociaux*.
- Kerouedan, Dominique et Fred Eboko. 1999. *Politiques publiques du sida en Afrique*. Édition : CEAN. Coll. « Travaux et Documents 61-62 ». CEAN.
- Kessi, Zadi. 1998. *Culture africaine et gestion de l'entreprise moderne*. Ceda.
- Kouanfack, Charles, Gabrièle Laborde-Balen, Avelin F Aghokeng, Jean-Marc Mben, Serge Kazé, Marlise Dontsop, Eitel Mpoudi-Ngolé, et al. 2010. « Chapitre 10. Pour une prise en charge des patients sous antirétroviraux dans les pays à faibles ressources : l'essai Stratall/Esther1 d'intervention randomisé comparant une approche de santé publique à l'approche clinique standard ». Dans *Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.) Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, p. 153-166. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- Kussner, Barnet. 1989. « AIDS-based discrimination in the workplace: issues and answers ». *University of Toronto Faculty of Law review*, vol. 47, no 2, p. 383-419.
- Lacam, Jean-Patrice. 1988. « Le politicien investisseur. Un modèle d'interprétation de la gestion des ressources politiques ». *Revue française de science politique*, vol. 38, no 1, p. 23-47.
- Lagroye, Jacques. 2003a. *La politisation*. Belin. Paris.
- . 2003b. « Les processus de politisation ». Dans *La politisation*, p. 359-372. Belin. Paris.
- Lambert, Frédéric et Sandrine Lefranc. 2007. *50 fiches pour comprendre la science politique*. Editions Bréal.

- Lange, Joep M. A. 2006. « Étendre l'accès à la prévention et au traitement du VIH dans un contexte de rareté des ressources : défis et perspectives ». *Revue d'économie du développement*, no 4, p. 119-139.
- Larmarange, Joseph. 2009. « Comment les prévalences du VIH sont-elles estimées en Afrique subsaharienne? ». *La Chronique du Ceped*, vol. Avril, no 58.
- Lascoumes, Pierre. 2003. « Gouverner par les instruments. Ou comment s'instrumente l'action publique? ». Dans *Lagroyes, Jacques (dir.) La politisation*, p. 387-401. Belin. Paris.
- . 2009. « Les compromis parlementaires, combinaisons de surpolitisation et de sous-politisation : l'adoption des lois de réforme du Code pénal (décembre 1992) et de création du Pacs (novembre 1999) ». *Revue française de science politique*, vol. 59, no 3, p. 455.
- Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès. 2005. « Introduction : l'action publique saisie par ses instruments ». Dans *Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès (dir.) Gouverner par les instruments*, p. 11-44. Presses de Sciences Po. Paris.
- Lascoumes, Pierre et Dominique Lorrain. 2007. « Trous noirs du pouvoir. Les intermédiaires de l'action publique ». *Sociologie du Travail*, vol. 49, no 1, p. 1-9.
- Laufer, Romain. 1996. « Quand diriger, c'est légitimer ». *Revue française de gestion*, vol. 111, p. 12-37.
- Lazzarato, Maurizio. 2005. « Biopolitique / bioéconomie ». *Multitudes*, vol. n° 22, no 3, p. 51-62.
- Leca, Jean, Pierre Muller, Giandomenico Majone, Jean-Claude Thoenig et Patrice Duran. 1996. « Enjeux, controverses et tendances de l'analyse des politiques publiques ». *Revue française de science politique*, vol. 46, no 1, p. 96-133.
- Legbedji, KA. 2012. *Séroprévalence des infections virales transmissibles par le sang chez les donneurs en Côte d'Ivoire en 2010*. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat d'Etude Spécialisée en Bactériologie-Virologie Université de Cocody. Abidjan.
- Legrand, Stéphane. 2007. « L'extension sociale du marché dans le néolibéralisme ». *Raisons politiques*, vol. n° 28, no 4, p. 33-47.
- Lemoine, Maud, Pierre-Marie Girard, Mark Thursz et Gilles Raguin. 2013. « Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? ». *Face à face. Regards sur la santé*, no 12.
- Lemoine, Maud, Shevanthi Nayagam et Mark Thursz. 2013. « Viral hepatitis in resource-limited countries and access to antiviral therapies: current and future challenges ». *Future virology*, vol. 8, no 4, p. 371-380.
- Letourmy, Alain, Pierre Fournier et Gilles Dussault. 2006. *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Banque Mondiale.
- Levitt, Theodore. 1958. « The Dangers of Social Responsibility ». *Harvard Business Review*, no septembre - octobre, p. 41-51.
- Lezou, Carène Prisca. 2006. *Le Système ivoirien de Protection Sociale et la réalité du droit à la santé*. Mémoire. Abidjan : CERAP.

- Lidén, Jon. 2013. *The Grand Decade for Global Health: 1998–2008*. Coll. « Working Group on Governance ». Londres : Chatham House.
- Liu, Gordon G, Jeff J Guo et Scott R Smith. 2004. « Economic costs to business of the HIV/AIDS epidemic ». *PharmacoEconomics*, vol. 22, no 18, p. 1181-1194.
- Lodge, George C. (1927-) et Craig Wilson. 2006. *A corporate solution to global poverty : how multinationals can help the poor and invigorate their own legitimacy*. Princeton University Press. Princeton.
- London, L et J E Myers. 1996. « HIV testing in the workplace ». *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, vol. 86, no 4, p. 329-330.
- Lu, Chunling, Catherine M Michaud, Kashif Khan et Christopher JL Murray. 2006. « Absorptive capacity and disbursements by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: analysis of grant implementation ». *The Lancet*, vol. 368, no 9534, p. 483-488.
- Mahajan, Anish P, Mark Colvin, Jean-Baptiste Rudatsikira et David Ettl. 2007. « An overview of HIV/AIDS workplace policies and programmes in southern Africa ». *AIDS*, vol. 21, no Suppl 3, p. S31-S39.
- Mahieu, François Régis. 1995. « Variable dimension adjustment in the Côte d'Ivoire: reasons for failure ». *Review of African Political Economy*, vol. 22, no 63, p. 9-26.
- Mann, Jonathan. 1996. « L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités ». *Prévenir*, no 30, p. 217-224.
- Mann, Patrice. 1991. *L'action collective. Mobilisation et organisation des minorités actives*. Coll. « U. Série Sociologie ». Paris : Armand Colin.
- Marcis, Frederic Le. 2014. « Everyday Prison Governance in Abidjan, Ivory Coast. » *Prison Service Journal*, no 212, p. 11-16.
- Marie, A. (dir.). 1997. *L'Afrique des individus : itinéraires citoyens dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Coll. « Hommes et Sociétés ». Paris : Karthala.
- Massardier, Gilles. 2003. *Politiques et actions publiques*. Édition : 1ère. Paris : Armand Colin.
- Matovu, Joseph K B et Fredrick E Makumbi. 2007. « Expanding access to voluntary HIV counselling and testing in sub-Saharan Africa: alternative approaches for improving uptake, 2001-2007 ». *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, vol. 12, no 11, p. 1315-1322.
- Matthews, Roberts et Bill Rau. S.d. *African Workplace Profiles: Private Sector AIDS Policy*. Arlington, Va USA : AIDSCAP.
- Mbaye, Elhadji. 2009. « De la contradiction en politiques publiques : l'action publique en direction des migrants atteints par le VIH/sida en France ». IEP Grenoble.
- Mcmurphy, D. 1997. « The economic impact of HIV / AIDS in Lesotho ». *AIDS analysis Africa*, vol. 7, no 4, p. 11-12.
- Mehler, Andreas. 1997. « Cameroun : une transition qui n'a pas eu lieu ». Dans *Jean-Pascal Daloz et Patrick Quantin (dir.) Transitions démocratiques africaines. Dynamiques et contraintes (1990-1994)*, p. 95-138. Karthala. Paris.

- Merrien, François-Xavier. 1999. « La Nouvelle Gestion Publique : un concept mythique ». *Lien social et Politiques*, no 41, p. 95-103.
- MFPE, Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi et Ministère de la lutte contre le VIH/Sida MLS Côte d'Ivoire. 2006. *Politique Nationale de lutte contre le VIH/Sida en milieu de travail en Côte d'Ivoire*. Abidjan.
- Michael, K. 2000. « Unbelievable: AIDS reporting in the business press ». *AIDS analysis Africa*, vol. 10, no 4, p. 1, 7-8.
- Mincer, Jacob. 1958. « Investment in human capital and personal income distribution ». *Journal of Political Economy*, vol. 66, p. 281-302.
- MLS Côte d'Ivoire, (Ministère de la lutte contre le VIH/sida). 2002. *Document de normes et directives nationales du conseil et dépistage volontaire du VIH en Côte d'Ivoire*. Abidjan.
- , Ministère de la Lutte contre le VIH/sida. 2006. *Suivi sur la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida (UNGASS) - Rapport national de la Côte d'Ivoire, 2006*. Abidjan : Ministère de la Lutte contre le VIH/Sida.
- . 2009. « Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le Sida (EF/REDES). Côte d'Ivoire 2006, 2007 et 2008 ».
- MLS et MSHP Côte d'Ivoire (Ministère de la Lutte contre le VIH/Sida et Ministère de la santé et de l'hygiène publique). 2007. *Partenariat Public-Privé-Société Civile : une bonne pratique pour la lutte contre le VIH/Sida dans le monde du travail en Côte d'Ivoire*. Abidjan.
- Moatti, Jean Paul, Claude Abé, Eric Delaporte, Fred Eboko, Sinata Koulla-Shiro et Christian Laurent. 2010. « Chapitre 20. Recherche opérationnelle sur l'accès au traitement du VIH/sida dans les pays à revenus limités ». Dans *Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.) Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, p. 297-314. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- Moatti, Jean-Paul et Brano Ventelou. 2009. « Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation ». *Revue économique*, vol. 60, no 2, p. 241-256.
- Mobio, Christian Hervé. 2005. *L'inspection du travail et des lois sociales et la fraude a la législation sociale ivoirienne*. Mémoire de Master 1 - Droit des affaires. Abidjan : Université Catholique d'Afrique de l'Ouest.
- Mohammad, Nadeem, Didem Ayvalikli et Jonathan C. Brown. 2004. *Transformer les bureaucrates en guerriers : Préparer et exécuter les programmes multisectoriels VIH/sida en Afrique - un manuel d'opérations générique*. The World Bank.
- Morah, Erasmus et Mira Ihalainen. 2009. « National AIDS Commissions in Africa: Performance and Emerging Challenges ». *Development Policy Review*, vol. 27, no 2, p. 185-214.
- Moreau, Arona. 2009. *Le biosiècle: bioéconomie, biopolitique, biocentrisme*. Editions L'Harmattan.
- Moyo, Dambisa. 2009. *L'aide fatale les ravages d'une aide inutile et de nouvelles solutions pour l'Afrique*. Paris : JC Lattès.
- Msellati, Philippe, Laurent Vidal et Jean Paul Moatti. 2001. *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative, Onusida/ministère ivoirien de la*

- santé publique. *Aspects économiques, sociaux et comportementaux*. ANRS. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris. En ligne. <<http://apad.revues.org/195>>. Consulté le 10 juin 2013.
- MSLS Côte d'Ivoire (Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/sida). 2013. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) de Côte d'Ivoire. 2011 - 2012*. Abidjan.
- Muller, Pierre. 2000. « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique ». *Revue française de science politique*, vol. 50, no 2, p. 189-208.
- . 2004. « L'État en action revisité ». *Pôle Sud*, vol. 21, no 1, p. 31-42.
- . 2010. « Référentiel ». *Dictionnaire des Politiques Publiques*, Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (Dir.), p. 555-562.
- . 2011. *Les politiques publiques*. Paris : Presses universitaires de France.
- Naudet, Jean-David. 1999. *Trouver des problèmes aux solutions : 20 ans d'aide au Sahel*. OCDE.
- Nay, Olivier. 2010a. « Policy Transfer and Bureaucratic Influence in the United Nations The case of AIDS ». *Question de Recherche, CERI*, no 33. En ligne.
- . 2010b. « Chapitre 5 / Les politiques de développement ». *Académique*, p. 139-170.
- Nay, Olivier et Andy Smith. 2002. « Les intermédiaires en politique: médiation et jeux d'institution ». Dans *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique*, p. 47-86. Coll. « Economica ». Paris.
- Négrier, Emmanuel. 2005. « L'analyse comparée des politiques publiques. » *Revue internationale de politique comparée*, vol. Vol. 12, no 4, p. 503-524.
- Nguyen, Vinh-Kim. 2002. « Sida, ONG et la politique du témoignage en Afrique de l'Ouest : Politiques jeux d'espaces (French) ». *AIDS, NGOs, and the politics of testimony in West Africa : Spatial politics in play (English)*, vol. 26, no 1, p. 69-87.
- . 2010. *The republic of therapy: triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Durham, NC : Duke University Press.
- Nguyen, Vinh-Kim, Nathalie Bajos, Françoise Dubois-Arber, Jeffrey O'Malley et Catherine M Pirkle. 2011. « Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention ». *AIDS*, vol. 25, p. 291-293.
- Nkoa, François-Colin, Fred Eboko et Jean-Paul Moatti. 2010. « Chapitre 2. Passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun : décentralisation et qualité de la prise en charge ». Dans *Eboko F., Abé C., Laurent C. (dir.) Accès décentralisé au traitement du VIH/Sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, p. 13-28. Coll. « Sciences sociales et Sida ». Paris : ANRS.
- North, Douglass C. 1990. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Obermeyer, Carla Makhlof, Sarah Bott, Ron Bayer, Alice Desclaux, Rachel Baggaley et MATCH Study Group. 2013. « HIV testing and care in Burkina Faso, Kenya, Malawi and Uganda: ethics on the ground ». *BMC international health and human rights*, vol. 13, p. 6.

- OIE (Organisation Internationale des Employeurs) et ONUSIDA. 2002. *Manuel des employeurs sur le VIH/Sida. Guide pour l'action*. Genève.
- OIT (Organisation Internationale du Travail). 1958. *C111 - Convention (n° 111) concernant la discrimination (emploi et profession)*. Genève : OIT.
- . 2002. *Implementing the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work. An education and training manual*. Genève.
- . 2009. *Le VIH/Sida et le monde du travail*. Coll. « Conférence internationale du Travail, 98ème session ». Genève.
- . 2011. *Boîte à outils sur le VIH/Sida à l'intention des organisations syndicales. Guide de la boîte à outils*. Genève.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2003. « L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants ». *Etudes et Travaux n°13*. Coll. « LASDEL ».
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre et Thomas Bierschenk. 1993. « Les courtiers locaux du développement ». *Bulletin de l'APAD*, no 5. En ligne. <<http://apad.revues.org/3233>>. Consulté le 10 juin 2014.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre et Yannick Jaffré. 2003. *Une médecine inhospitalière : Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre et Valéry Ridde. 2013. « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger ». *Afrique contemporaine*, vol. n° 243, no 3, p. 11-32.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et Onusida. 2007. « Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé ». Genève.
- Ong, Aihwa. 2000. « Graduated Sovereignty in South-East Asia ». *Theory, Culture & Society*, vol. 17, no 4, p. 55-75.
- ONUSIDA. 1999. *Intégrer le VIH/Sida dans les préoccupations de l'entreprise*. Coll. « Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA ». Genève.
- . 2001. *Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida*. Genève.
- . 2002. *La riposte du secteur privé à l'épidémie : Debswana – Une référence mondiale*. Coll. « Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA ». Genève.
- . 2005. *Accès au traitement sur le lieu de travail dans le secteur privé. Trois entreprises d'Afrique du Sud apportent un traitement antirétroviral*. Coll. « Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA ». Genève.
- . 2007. *AIDS is everybody's business. Partnership with Private Sector : a Collection of Case Studies from UNAIDS*. Genève.
- . 2009. *HIV-related Public-Private Partnerships and Health Systems Strengthening*. Genève.
- . 2013. *Rapport Mondial. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. Genève.
- ONUSIDA, GBC (Global Business Coalition) et PWBLF (Prince of Wales Business Leaders Forum). 2001. *Riposte des entreprises au VIH/SIDA: impact et leçons tirées*. ONUSIDA.

- Ooms, Gorik, Wim Van Damme, Brook K. Baker, Paul Zeitz et Ted Schrecker. 2008. « The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? ». *Globalization and Health*, vol. 4, no 1, p. 6.
- Oppenheimer, Jonathan. 2007. « Business and AIDS in South Africa ». *AIDS*, vol. 21, no Suppl 3, p. S11-S12.
- Ostermann, Jan, Elizabeth A. Reddy, Meghan M. Shorter, Charles Muiruri, Antipas Mtalo, Dafrosa K. Itemba, Bernard Njau, John A. Bartlett, John A. Crump et Nathan M. Thielman. 2011. « Who Tests, Who Doesn't, and Why? Uptake of Mobile HIV Counseling and Testing in the Kilimanjaro Region of Tanzania ». *PLoS ONE*, vol. 6, no 1, p. e16488.
- Osty, Florence. 2003. *Le désir de métier : Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes, France : PU Rennes.
- Osty, Florence et Marc Uhalde. 2007. *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Paris : La Découverte.
- Over, M. 1992. *The macroeconomic impact of AIDS in sub-Saharan Africa*. Technical Working Paper. Banque Mondiale, Africa technical Department, Health and Nutrition Division.
- Over, M. 1999. « Confronting AIDS: a global economic perspective ». *AIDS patient care and STDs*, vol. 13, no 4, p. 219-228.
- Page-Shipp, Liesl S, Salome Charalambous, Surita Roux, Belinda Dias, Clement Sefuti, Gavin J Churchyard et Alison D Grant. 2007. « Attitudes to directly observed antiretroviral treatment in a workplace HIV care programme in South Africa ». *Sexually transmitted infections*, vol. 83, no 5, p. 383-386.
- Palier, Bruno. 2010. « Path dependence (Dépendance au chemin emprunté) ». *Références*, p. 411-419.
- Palier, Bruno et Yves Surel. 2005. « Les « trois I » et l'analyse de l'État en action ». *Revue française de science politique*, vol. Vol. 55, no 1, p. 7-32.
- Paltrinieri, Luca. 2013. « Quantifier la qualité ». *Raisons politiques*, vol. N° 52, no 4, p. 89-107.
- Patterson, Amy S. 2005. *The African state and the AIDS crisis*. Burlington, Vt. : Ashgate.
- Patterson, Amy S et David Cieminis. 2005. « Weak and ineffective? African States and Recent International AIDS Policies ». Dans *The African State and the AIDS Crisis*, ed. A. Patterson. Ashgate. Aldershot.
- Patterson, Amy S et Bernard Haven. 2005. « AIDS, Democracy and International Donors in Ghana ». Dans *The African State and the AIDS Crisis*, ed. A. Patterson. Aldershot : Ashgate.
- Paxton, Nathan A. 2012. « Political science(s) and HIV: a critical analysis ». *Contemporary Politics*, vol. 18, no 2, p. 141-155.
- PCS (Partenaires contre le sida). 2008. « Analyse situationnelle du VIH/sida dans 50 PME/PMI - CCA-Sida ». AFD.
- . 2011. *Projet d'appui aux entreprises pour les programmes santé et la lutte contre le VIH/sida. Evaluation externe finale - janvier 2011*. Paris : AFD.

- Pérouse de Montclos, Marc-Antoine. 2003. « Pétrole et sécurité privée au Nigeria : un complexe multiforme à l'épreuve du ». *Cultures & Conflits*, no 52, p. 117-138.
- Petryna, Adriana. 2009. *When Experiments Travel - Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*. Édition : 1. Princeton : Princeton University Press.
- Pierson, Paul. 2000. « Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics ». *The American Political Science Review*, vol. 94, no 2, p. 251-267.
- Pinell, Patrice (dir.). 2002. *Une épidémie politique. La lutte contre le Sida en France*. PUF. Paris.
- Le Play, Frédéric. 1964. *La réforme sociale en France, déduite de l'observation comparée des peuples européens*. Plon. Paris.
- PNPEC Côte d'Ivoire (Programme national de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH). 2009a. « Cartographie des sites VIH/Sida de Côte d'Ivoire ».
- . 2009b. « Répertoire National des sites VIH/Sida de Côte d'Ivoire ».
- . 2010. « Document de politique, normes et procédures du conseil et dépistage du VIH en Côte d'Ivoire, 2009 (Draft) ».
- . 2011. *Plan d'urgence post-crise de la prise en charge médicale des PVVIH*. Abidjan.
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2013. *Rapport national sur le développement humain 2013. Emploi, changements structurels et développement humain en Côte d'Ivoire*. Abidjan.
- Pollak, Michaël. 1988. *Pollak M., 1988, Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*,. A.M. Métailié. Paris.
- Postel, Nicolas, D Cazal, F Chavy, et R Sobel (dir.). 2011. *La responsabilité sociale de l'entreprise, nouvelle régulation du capitalisme?*. Coll. « Presses universitaires du Septentrion ». Villeneuve-d'Ascq.
- Postel, Nicolas et Richard Sobel. 2013. *Dictionnaire critique de la RSE*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Pourette, Dolorès. 2013. « Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient ». *Santé Publique*, vol. 25, no 5, p. 561-570.
- Putzel, James. 2004. « The global fight against AIDS: how adequate are the national commissions? ». *Journal of International Development*, vol. 16, no 8, p. 1129-1140.
- Quairel, Françoise et Michel Capron. 2013. « Le couplage « responsabilité sociale des entreprises » et « développement durable » : mise en perspective, enjeux et limites ». *Revue Française de Socio-Économie*, vol. n° 11, no 1, p. 125-144.
- Rajak, Dinah. 2010a. « 'HIV/AIDS is our business': the moral economy of treatment in a transnational mining company ». *Journal of the Royal Anthropological Institute*, vol. 16, no 3, p. 551-571.
- . 2010b. « 'HIV/AIDS is our business': the moral economy of treatment in a transnational mining company ». *Journal of the Royal Anthropological Institute*, vol. 16, no 3, p. 551-571.

- Ramachandran, Vijaya, Manju K Shah et Ginger L Turner. 2007. « Does the private sector care about AIDS? Evidence from firm surveys in East Africa ». *AIDS*, vol. 21, no Suppl 3, p. S61-S72.
- Rau, Bill et M Roberts. 1996. *Private sector AIDS policy: businesses managing HIV/AIDS*. Arlington, Va USA : AIDSCAP/Family Health International.
- Ravishankar, Nirmala, Paul Gubbins, Rebecca J Cooley, Katherine Leach-Kemon, Catherine M Michaud, Dean T Jamison et Christopher JL Murray. 2009. « Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007 ». *The Lancet*, vol. 373, no 9681, p. 2113-2124.
- Raynaud, Claude. 2001. « Comment évaluer les politiques publiques de lutte contre le sida en Afrique? ». Dans Barré, JF (dir.) *L'Évaluation des politiques de développement*.
- Renault, Emmanuel. 2008. « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme ». *Multitudes*, vol. n° 34, no 3, p. 195-205.
- Revel, Judith. 2007. *Dictionnaire Foucault*. Paris : Ellipses Marketing.
- Ridde, V. et J.-E. Girard. 2004. « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains ». *Santé Publique*, vol. 16, no 1, p. 37.
- Rist, Gilbert. 2007. « Development as a buzzword ». *Development in Practice*, vol. 17, no 4-5, p. 485-491.
- Riviello, Elisabeth D, Timothy R Sterling, Bryan Shepherd, Tsetsele Fantan et Joseph Makhema. 2007. « HIV in the workplace in Botswana: incidence, prevalence, and disease severity ». *AIDS research and human retroviruses*, vol. 23, no 12, p. 1453-1460.
- Robbins, Lionel. 1932. *Essay on the Nature and Significance of Economic Science*, An. Macmillan. Londres.
- Robé, Jean-Philippe. 2013. « Multinationale ». Dans *Dictionnaire critique de la RSE*, N. Postel et R. Sobel (eds). Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Rosenbrock, R, F Dubois-Arber, M Moers, P Pinell, D Schaeffer et M Setbon. 2000. « The normalization of AIDS in Western European countries ». *Social science & medicine* (1982), vol. 50, no 11, p. 1607-1629.
- Rosen, Sydney, Frank Feeley, Patrick Connelly et Jonathon Simon. 2007. « The private sector and HIV/AIDS in Africa: taking stock of 6 years of applied research ». *AIDS*, vol. 21, no Suppl 3, p. S41-S51.
- Rosen, Sydney, William MacLeod, Jeffrey Vincent, Donald Thea et Jonathon Simon. 2004. « Why Do Firms Take Action on HIV/AIDS? Evidence From Nigeria ». *The Journal of Business in Developing Nations*, vol. 8, p. 1-38.
- Rosen, Sydney et Jonathon L Simon. 2003. « Shifting the burden: the private sector's response to the AIDS epidemic in Africa ». *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, no 2, p. 131-137.
- Rosen, Sydney, Jonathon Simon, Jeffrey R Vincent, William MacLeod, Matthew Fox et Donald M Thea. 2003. « AIDS is your business ». *Harvard business review*, vol. 81, no 2, p. 80-87, 125.

- Rousseau, Jean-Jacques. 1762. *Du contrat social ou Principes du droit politique*. Flammarion, GF, (2001) Paris
- Roussel, Eric. 2007. *Vies de cadres : Vers un nouveau rapport au travail*. Rennes : PU Rennes.
- Sainsaulieu, Renaud. 1997. *Sociologie de l'entreprise: organisation, culture et développement*. Presses de Sciences Politiques.
- Salais, Robert. 2004. « La politique des indicateurs. Du taux de chômage au taux d'emploi dans la stratégie européenne pour l'emploi (SEE) ». Dans *Action publique et sciences sociales*, B. Zimmermann (dir.). Paris : Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Sartori, Giovanni. 1994. « Bien comparer, mal comparer ». *Revue internationale de politique comparée*, vol. 1, no 1, p. 19-36.
- Savarit, D., K. M. De Cock, R. Schutz, S. Konate, E. Lackritz et A. Bondurand. 1992. « Risk of HIV infection from transfusion with blood negative for HIV antibody in a west African city. » *BMJ : British Medical Journal*, vol. 305, no 6852, p. 498-502.
- Sa Vilas Boas, Marie-Hélène. 2012. « Écrire la comparaison lorsque les données sont asymétriques. Une analyse de l'engagement dans les dispositifs participatifs brésiliens ». *Revue internationale de politique comparée*, vol. Vol. 19, no 1, p. 61-74.
- Schultz, Theodor W. 1961. « Investment in human capital ». *American Economic Review*, vol. 51, p. 1-17.
- Schultz, Theodor W., John M. Letiche et Jamel Challali. 1983. *Il n'est de richesse que d'hommes investissement humain et qualité de la population*. Paris : Bonnel.
- Scott, James C. 1976. *The moral economy of the peasant: Rebellion and subsistence in Southeast Asia*,. Yale University Press. New Haven.
- Séry, Jean-Pierre. 2006. « La couverture du risque maladie en Afrique francophone : Etude comparée des projets de couverture universelle des soins en Côte d'Ivoire et au Gabon ». Dans G. Dussault, P. Fournier, A. Letourny (eds) *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins en Afrique et lutter contre la pauvreté*, p. 263-284. Washington D.C. : Banque Mondiale.
- SFI/BM, Société Financière Internationale/Banque Mondiale. 2003. *Cahier pratique. Le VIH/Sida sur le lieu de travail*. Coll. « Cahiers Pratiques ».
- Sheerer, A.G. et G. Palazzo. 2008. « Globalization and corporate social responsibility ». Dans A. Crane, A. McWilliams, D. Matten, J. Moon, D. Siegel, (eds.) *The Oxford Handbook of Corporate Social Responsibility*,. Oxford University Press.
- Sidhu, Inderjit K. 2008. *Business coalitions tackling AIDS : a worldwide review*. The World Bank.
- Simon, Jonathon L, Sydney Rosen, Alan Whiteside, Jeffrey R Vincent et Donald M Thea. 2000. « The Response of African Businesses to HIV/AIDS ». Dans *ommonwealth Secretariat, editors. HIV/AIDS in the Commonwealth 2000/01*. Kensington Publications. Londres.
- Sindjoun, Luc. 1994. « La Cour suprême, la compétition électorale et la continuité politique au Cameroun : la construction de la démocratie passive ». *Africa Development*, vol. XIX, no 2, p. 21-69.

- Slack, James D. 1995. « The Americans with Disabilities Act and the workplace: Management's responsibilities in AIDS-related situations. » *Public Administration Review*, vol. 55, no 4, p. 365-370.
- Smith, Adam. 1776. *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations*. Édition : Nouv. trad. Paris : Economica (2000).
- Smith, Andy. 2000. « L'analyse comparée des politiques publiques: une démarche pour dépasser le tourisme intelligent? ». *Revue internationale de politique comparée*, vol. 7, no 1, p. 7-19.
- Smith, Julia H. et Alan Whiteside. 2010. « The history of AIDS exceptionalism ». *Journal of the International AIDS Society*, vol. 13, no 1, p. 47.
- Soriat, Clément. 2014. « Les acteurs associatifs et la lutte contre le sida au Bénin : de la professionnalisation au gouvernement des corps ». Lille 2.
- Sow, K. et Alice Desclaux. 2002. « La solidarité familiale dans la prise en charge des patients : réalités, mythes et limites ». Dans *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, sous la dir. de A. Desclaux, I. Lanièce, I. Ndoeye, et B. Taverne, p. 79-93. Coll. « Sciences Sociales et Sida ». Paris : EDK.
- Spicer, Neil, Julia Aleshkina, Regien Biesma, Ruairi Brugha, Carlos Caceres, Baltazar Chilundo, Ketevan Chkhatarashvili, et al. 2010. « National and subnational HIV/AIDS coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice? ». *Globalization and Health*, vol. 6, p. 3.
- Sprague, Laurel, Sara Simon et Courtenay Sprague. 2011. « Employment discrimination and HIV stigma: survey results from civil society organisations and people living with HIV in Africa ». *African Journal of AIDS Research*, vol. 10, no 3-Sup.
- Spurk, Jan, Gilbert Lefevre, Michel Lallement, Annie Jacob et Michèle Dupré. 2003. « Les comparaisons internationales : Intérêt et actualité d'une stratégie de recherche », p. 7-18.
- Steen, Tore W., Khumo Seipone, Florindo de la Hoz Gomez, Marina G. Anderson, Marble Kejelepula, Koona Keapoletswe et Howard J. Moffat. 2007. « Two and a half years of routine HIV testing in Botswana ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, vol. 44, no 4, p. 484-488.
- Steffen, Monika. 2004. « La comparaison internationale comme révélateur des apprentissages institutionnels : l'exemple de la lutte contre le sida ». *Revue internationale de politique comparée*, vol. 11, no 3, p. 389.
- Stenson, A L, S Charalambous, T Dwaadwa, L Pemba, J D Du Toit, R Baggaley, A D Grant et G J Churchyard. 2005. « Evaluation of antiretroviral therapy (ART)-related counselling in a workplace-based ART implementation programme, South Africa ». *AIDS care*, vol. 17, no 8, p. 949-957.
- Strange, Susan. 1992. « States, Firms and Diplomacy ». *International Affairs (Royal Institute of International Affairs 1944-)*, vol. 68, no 1, p. 1-15.
- Strange, Susan, Delamare, Philippe et Bertrand Badie. 2011. *Le retrait de l'État la dispersion du pouvoir dans l'économie mondiale*. Paris : Temps présent.
- Surel, Yves. 2014. « Approches cognitives ». *Références*, vol. 4, p. 90-98.

- Swaan de, Abram. 1988. « de Swaan A (1988) Workers' Mutualism: an interlude on self-management. In: . Polity Press, Cambridge, pp. 143–214. » Dans *In Care of the State. Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era*, p. 143-214. Polity Press. Cambridge.
- Sweat, Michael, Stephen Morin, David Celentano, Marta Mulawa, Basant Singh, Jessie Mbwambo, Surinda Kawichai, et al. 2011. « Community-based intervention to increase HIV testing and case detection in people aged 16-32 years in Tanzania, Zimbabwe, and Thailand (NIMH Project Accept, HPTN 043): a randomised study ». *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 11, no 7, p. 525-532.
- Tchicaya, A.F., B.Y. Yeboue-Kouame, S.B. Wognin, Y.M. Kouassi et J.S. Bonny. 2006. « Pratique de la vaccination dans le secteur privé formel en Côte d'Ivoire : cas de la zone urbaine d'Abidjan ». *Revue Internationale des Sciences Médicales*, vol. 8, no 2, p. 36-40.
- Le Texier, Thibault. 2012. « Foucault, le pouvoir et l'entreprise : pour une théorie de la gouvernamentalité managériale ». *Revue de philosophie économique*, vol. 12, no 2, p. 53-85.
- Thiaudière, Claude. 2002. « Sociologie du Sida. Introduction ». *Repères*, p. 3-7.
- Thoenig, Jean-Claude. 2005. « Pour une épistémologie des recherches sur l'action publique ». Dans D. Filâtre et G. de Terssac (coord.), *Les dynamiques intermédiaires au cœur de l'action publique*, p. 285-306. Toulouse : Octarès.
- Tilly, Charles. 1984. *Big Structures, Large Processes, Huge Comparisons*. Russell Sage Foundation.
- Tocqueville, Alexis de. 1835. *De la démocratie en Amérique, tome I*. Paris : Flammarion.
- Torres-Madriz, Gilberto, Debra Lerner, Robin Ruthazer, William H Rogers et Ira B Wilson. 2011. « Work-related barriers and facilitators to antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV infection ». *AIDS and behavior*, vol. 15, no 7, p. 1475-1482.
- Tronto, Joan. 2009. *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*. Paris : Editions La Découverte.
- Trouillard Perrot, Michel. 2007. « La santé « carcéralisée » : gestion de soi et chronicité pénitentiaire ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 4, no 2, p. 41-57.
- Tumwesigye, Elioda, Goodwill Wana, Simon Kasasa, Elly Muganzi et Fred Nuwaha. 2010. « High uptake of home-based, district-wide, HIV counseling and testing in Uganda ». *AIDS patient care and STDs*, vol. 24, no 11, p. 735-741.
- Utting, Peter. 2007. « Corporate Social Responsibility and equality ». *Third World Quarterly*, vol. 28, no 4, p. 697-712.
- Utting, Peter et Jose Carlos Marques. 2010. « Corporate social responsibility and regulatory governance : towards inclusive development? ». Coll. « International political economy series ».
- Valentin, Julie et Nadine Thèvenot. 2013. « Sous-traitance ». Dans *Dictionnaire critique de la RSE*, N. Postel et R. Sobel (eds). Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion. En ligne. <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00964934>>. Consulté le 21 novembre 2014.

- Van der Borght, Stefaan F, Philippe Clevenbergh, Henk Rijckborst, Paul Nsalou, Ngozi Onyia, Joep M Lange, Tobias F Rinke de Wit et Maarten F Schim Van der Loeff. 2009. « Mortality and morbidity among HIV type-1-infected patients during the first 5 years of a multicountry HIV workplace programme in Africa ». *Antiviral therapy*, vol. 14, no 1, p. 63-74.
- Van der Borght, Stefaan F, V Janssens, M F Schim van der Loeff, A Kajemba, H Rijckborst, J M A Lange et T F Rinke de Wit. 2009. « The Accelerating Access Initiative: experience with a multinational workplace programme in Africa ». *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87, no 10, p. 794-798.
- Van der Borght, Stefaan F, Tobias F Rinke de Wit, Vincent Janssens, Maarten F Schim van der Loeff, Henk Rijckborst et Joep M A Lange. 2006. « HAART for the HIV-infected employees of large companies in Africa ». *Lancet*, vol. 368, no 9534, p. 547-550.
- Van der Borght, Stefaan F, Maarten Schim van der Loeff, Philippe Clevenbergh, Jean-Pierre Kabarega, Emmanuel Kamo, Katinka van Cranenburgh, Henk Rijckborst, Joep M. Lange et Tobias Rinke de Wit. 2010. « Long-term voluntary counseling and testing (VCT) uptake dynamics in a multicountry HIV workplace program in sub-Saharan Africa ». *AIDS Care*, vol. 22, no 2, p. 195-205.
- Veenstra, Nina et Alan Whiteside. 2005. « Economic impact of HIV ». *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 19, no 2, p. 197-210.
- VERITAS, WEF (World Economic Forum) et ONUSIDA. 2004. *HIV/AIDS and Business in Africa and Asia. A guide to partnership*.
- Vidaillet, Bénédicte. 2013. « Fantôme ». Dans *Dictionnaire critique de la RSE*, N. Postel et R. Sobel (eds). Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Vidal, Laurent. 1996. « Le sida en Côte d'Ivoire : situation et prise en charge des malades ». *Afrique Contemporaine*, no 178, p. 18-29.
- . 2000. *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris : Presses universitaires de France.
- . 2014. *Le sida au Cameroun : Nouvelles militances et société civile*. Paris : L'Harmattan.
- Vidal, Laurent, Alioum Idrissou et Christopher Kuaban. 2011. « Introduction : les anthropologues, les historiens et une question de santé publique ». Dans *Vidal, Laurent et Christopher Kuaban (dir.), Sida et tuberculose : la double peine ?*, p. 7-25. Academia Bruylant. Coll. « Espace Afrique ».
- Vilaça, Olivier. 2009. « Comprendre la société-Monde par ses enjeux et ses acteurs: l'implication de l'entreprise Lafarge dans la lutte contre le VIH/SIDA ». Lausanne : EPFL.
- Vogel, U et U Papkalla. 2004. *Challenging Partnerships. GTZ and Private Sector Commitment to the fight against HIV/AIDS at the Workplace in Africa*. GTZ, Division of Health, Education and Social Protection, BACKUP Initiative.
- Wanyenze, Rhoda K., Cecilia Nawavvu, Alice S. Namale, Bernard Mayanja, Rebecca Bunnell, Betty Abang, Gideon Amanyire, Nelson K. Sewankambo et Moses R. Kanya. 2008. « Acceptability of routine HIV counselling and testing, and HIV seroprevalence in Ugandan hospitals ». *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, no 4, p. 302-309.

- Watts, Michael et Roland Marchal. 2004. « Économies de la violence »: *Politique africaine*, vol. 93, no 1, p. 125-142.
- Weber, Max. 1921. « La domination légale à direction administrative bureaucratique ». Dans *Économie et Société*, Paris, Plon (réed. 1971)
- . 1965. « Essai sur l'objectivité scientifique dans les sciences et la politique sociales ». Dans *Essais sur la théorie de la science (1904-1917)*. Plon. Paris.
- WEF/GHI (World Economic Forum/Global Health Initiative). 2006. *Business and HIV/AIDS : who me ? A global review of the business response to HIV/AIDS*. Genève.
- Wehrwein, P. 2000. « The economic impact of AIDS in Africa ». *Harvard AIDS review*, p. 12-14.
- Weintraub, Jeff. 1997. « The Theory and Politics of the Public/Private Distinction (1997) ». Dans WEINTRAUB, Jeff, KUMAR, Krishan (eds.), *Public and Private in Thought and Practice*, p. 1-42. The University of Chicago Press. Chicago.
- Weiser, Sheri D., Michele Heisler, Karen Leiter, Fiona Percy-de Korte, Sheila Tlou, Sonya DeMonner, Nthabiseng Phaladze, David R. Bangsberg et Vincent Iacopino. 2006. « Routine HIV testing in Botswana: a population-based study on attitudes, practices, and human rights concerns ». *PLoS medicine*, vol. 3, no 7, p. e261.
- Were, Willy A., Jonathan H. Mermin, Nafuna Wamai, Anna C. Awor, Stevens Bechange, Susan Moss, Peter Solberg, Robert G. Downing, Alex Coutinho et Rebecca E. Bunnell. 2006. « Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, vol. 43, no 1, p. 91-95.
- Weston, Mark D, Gavin J Churchyard, David Mametja, James A McIntyre et Fazel Rander. 2007. « Business and AIDS: sectoral challenges and opportunities ». *AIDS*, vol. 21, no Suppl 3, p. S85-S89.
- Wood, Donna J. 1991. « Corporate Social Performance Revisited ». *The Academy of Management Review*, vol. 16, no 4, p. 691-718.
- Yéboué-Kouamé, B.Y., K.A Gbelia, A.A Diarrassouba, F Coulibaly et M Kamara. 2012. « Législation et réglementation en santé et sécurité au travail (SST) ». Communication. *la Journée scientifique de la Société Ivoirienne de Médecine du Travail (SMIT). Exercice de la médecine du Travail en Côte d'Ivoire : les enjeux* (INFAS, CHU de Treichville, 24 avril 2012).
- Yunus, Muhammad, Thierry Sibieude, Eric Lesueur et David Ménascé. 2012. « Social Business et grandes entreprises : des solutions innovantes et prometteuses pour vaincre la pauvreté ? ». *Field Actions Science Reports. The journal of field actions*, no Special Issue 4.

Lexique

Antirétroviraux (ARV) : classe de médicaments utilisée pour le traitement des infections liées aux rétrovirus parmi lesquels le Virus de l'Immunodéficience Humaine* (VIH).

Charge virale : quantité de virus dans le sang. La charge virale est utilisée pour suivre la progression de la maladie et l'efficacité des traitements.

Dépistage (ou sérologie) : examen sanguin permettant de déterminer la présence d'anticorps dans l'organisme et ainsi de déterminer si l'organisme est ou non infecté par un virus.

File active : Total des patients vus au moins une fois dans l'année considérée.

Incidence du VIH : nombre de nouveaux cas d'infection au VIH au cours d'une période de temps déterminée (habituellement un an).

Lymphocytes T CD4 : globules blancs jouant un rôle essentiel dans le fonctionnement du système immunitaire. La valeur absolue des lymphocytes T CD4 reflète l'état du dommage immunitaire induit par le VIH et permet d'estimer le risque de survenue de manifestations cliniques tel que celui des infections opportunistes. Le terme CD4 est employé pour mesurer la progression de la maladie. Plus le nombre de CD4 est bas plus la progression du VIH vers le sida est avérée.

Maladies opportunistes : Ensemble des maladies pouvant apparaître chez les personnes dont les défenses immunitaires sont quasi-inexistantes (ex: tuberculose) et contre lesquels l'organisme ne peut se protéger.

Prévalence : nombre de personnes vivant avec le VIH à un moment donné dans une population donnée.

Séropositivité : Statut sérologique qui signale la présence dans l'organisme d'anticorps spécifiques dirigés contre le VIH.

SIDA : Le Syndrome d'Immuno Déficience Acquise est le stade de l'infection par le VIH caractérisé par une baisse des défenses immunitaires et l'apparition de maladies opportunistes.

Trithérapie (ou multi-thérapie) : association de trois (ou plusieurs) médicaments antirétroviraux permettant de stopper la réplication du virus par différents mécanismes agissant à différentes étapes de sa réplication et de prévenir l'émergence significative de souches résistantes.

Virus de l'Immunodéficience Humaine: virus responsables du SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise). L'infection par le VIH est due à un rétrovirus qui détruit le système immunitaire du corps humain dont il utilise les mécanismes cellulaires (les cellules T CD4) pour se répliquer et se répandre dans le sang. Si elle n'est pas traitée, de graves maladies peuvent survenir. Les personnes infectées deviennent alors de plus en plus vulnérables aux infections opportunistes. Au fur et à mesure, l'infection évolue vers son dernier stade, le SIDA.

Liste des encadrés

Encadré 1 Étude de cas : l’Afrique du Sud. Attentisme de l’Etat face à la pression du secteur privé et de la société civile	62
Encadré 2 Tensions et ambivalence d’un programme VIH/sida. A partir de l’expérience du groupe Lafarge	70
Encadré 3 Impact de la crise post-électorale sur le système de santé et la gestion du VIH/sida en Côte d’Ivoire.....	136
Encadré 4 Impact économique de la crise ivoirienne.....	137
Encadré 5 Étude de cas : la <i>Debswana</i> au Botswana. Un programme ARV en dépit d’analyses économiques défavorables.....	144
Encadré 6 La difficile mesure de l’épidémie du VIH/sida	148
Encadré 7 Étude de cas : entreprise n°3. VIH/sida, RSE et <i>benchmarking</i>	154
Encadré 8 La lente organisation des entreprises multinationales françaises	163
Encadré 9 Étude de cas : entreprise n°2. La fin de l’exceptionnalité du VIH/sida	166
Encadré 10 L’offre concurrentielle des acteurs médicaux en Côte d’Ivoire.....	175
Encadré 11 Étude de cas : Ruban Rouge. Stratégies commerciales d’une association communautaire (Côte d’Ivoire)	178
Encadré 12 Étude de cas : Maléo santé +. Marketing du VIH/sida et « label VIH/sida » (Cameroun)	178
Encadré 13- L’hépatite virale B en bref.....	187
Encadré 14 Plans stratégiques nationaux (PSN) et secteur privé (Côte d’Ivoire)	204
Encadré 15 Instruments étatiques utilisés pour la mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida (Côte d’Ivoire et Cameroun)	206
Encadré 16 La Direction du secteur privé et de la société civile (DSPSC). L’échec de la multisectorialité.....	211
Encadré 17 Une lutte interministérielle pour la gestion du VIH/sida dans le secteur travail (Côte d’Ivoire)	218
Encadré 18 La lutte fratricide du secteur privé autour du <i>Round 9</i> du Fonds mondial.....	220
Encadré 19 Étude de cas : la Direction de la santé et sécurité au travail du Cameroun. Formalisme et instrumentalisation du secteur privé	223
Encadré 20 Les 3 types d’organisations du secteur privé contre le VIH/sida	227
Encadré 21 Ministère de la Santé et Ministère de la lutte contre le VIH/sida : quelles différences ? (Côte d’Ivoire)	232
Encadré 22 Étude de cas. L’échec des conventions avec les entreprises privées à travers les "fonds MAP" de la Banque mondiale au Cameroun	238
Encadré 23 Étude de cas : entreprise n°11. Concurrences médicales et non médicales autour de la lutte contre le VIH/sida en entreprise.....	246
Encadré 24 Le modèle des « pairs éducateurs »	250
Encadré 25 Étude de cas : entreprise n°4. Un relais d’appui "naturel" de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida.....	259
Encadré 26 Étude de cas : entreprise n°6. L’impact de l’intervention humanitaire sur l’organisation d’un système de santé local.....	260
Encadré 27 Étude de cas : entreprise n°5. Les blocages d’un système de coopération fragmenté. 262	
Encadré 28 Étude de cas : entreprise 4. Les programmes VIH/sida contrastés de filiales ivoirienne et camerounaise d’une même entreprise multinationale	272
Encadré 29 La SFID et l’UPEC d’Abong - Mbang : un exemple d’impulsion pour la "décentralisation 2 ^{ème} génération".	281
Encadré 30 Étude de cas. Anader/Pepfar : un contre-modèle à l’avenir incertain.....	286
Encadré 31 Petite histoire des recommandations stratégiques pour le dépistage VIH et de ses terminologies associées	298
Encadré 32 Chronologie de l’offre de dépistage VIH en Côte d’Ivoire.....	302
Encadré 33 Chronologie : la médecine d’entreprise/du travail en Côte d’Ivoire.....	309
Encadré 34 Étude de cas : entreprise n°14. Une santé au travail de proximité et de promiscuité. 317	
Encadré 35 Étude de cas : Employé Mr F. Ruptures multi-niveaux du secret médical	321
Encadré 36 Étude de cas : entreprise n°8. Modalités pratiques d’un programme de "santé publique en miniature"	326

Encadré 37 Etude de cas : entreprise n°27. La désacralisation du pouvoir médical en entreprises	331
Encadré 38 Étude de cas : entreprise n°9. Un dépistage « volontaire » au sein d'une visite « obligatoire » : dépasser les antagonismes	333
Encadré 39 Etude de cas : entreprise n°17. "Il faut faire de la participation"	336
Encadré 40 Au-delà des entreprises : observation d'une campagne de dépistage dans le cadre du projet OCAL à la gare du Mali (zone portuaire d'Abidjan)	339
Encadré 41 Etude de cas : entreprise n°32. Campagne de dépistage et confidentialité	346
Encadré 42 Étude de cas : entreprise n°11. La "fête du dépistage"	351
Encadré 43 Un programme VIH/Sida "top/down"	373
Encadré 44 L'assurance maladie : quelles solutions pour les pays à faibles revenus ?	390

Liste des schémas

Schéma 1 L'insertion des entreprises privées dans la santé mondiale : 3 phénomènes en interaction.....	69
Schéma 2 Logiques externes et internes des stratégies VIH/sida des entreprises privées.....	89
Schéma 3 Forums et champs de la mobilisation des entreprises privées dans le VIH/sida.....	172
Schéma 4 Les entreprises dans la lutte contre le VIH/sida : champs d'action et responsabilités gouvernementales affiliées	231
Schéma 5 Types d'organisation des activités VIH/sida au sein des entreprises privées	246
Schéma 6 Caractéristiques des entreprises privées pour la proposition du dépistage du VIH	296
Schéma 7 Le dispositif de la médecine en entreprise	307
Schéma 8 Les différents risques de diffusion de l'information médicale au sein de l'entreprise ..	319
Schéma 9 Les différents types de dépistage en entreprises	328
Schéma 10 Les différentes sphères de responsabilité des entreprises privées	368
Schéma 11 Réarticulation des logiques internes et externes de la mobilisation du secteur privé dans le VIH/sida	404

Liste des tableaux

Tableau 1 Recueil des données au sein des entreprises privées en Côte d'Ivoire.....	102
Tableau 2 Liste des institutions extérieures enquêtées en Côte d'Ivoire	109
Tableau 3 Employés vivant avec le VIH/sida interrogés	110
Tableau 4 Comparaison entre la Côte d'Ivoire et le Cameroun.....	119
Tableau 5 Liste des entreprises privées enquêtées au Cameroun.....	120
Tableau 6 Liste des institutions extérieures enquêtées au Cameroun.....	121
Tableau 7 Typologie des entreprises privées enquêtées (Côte d'Ivoire)	139
Tableau 8 Instruments étatiques utilisés pour la mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et au Cameroun	207
Tableau 9 Ressources de pouvoirs des candidats à la gestion du volet privé du Round 9 du Fond mondial	221
Tableau 10 Responsabilités croisées du Comité national tripartite (CNT), de la Direction du secteur privé et de société civile (DSPSC) et de la Coalition des entreprises contre le VIH/sida (CECI) (Côte d'Ivoire).....	224
Tableau 11 Financements pour la lutte contre le VIH/sida en direction des entreprises privées (Côte d'Ivoire et Cameroun)	237
Tableau 12 Sites d'entreprises privées présents dans le répertoire national du PNPEC (2009) ...	287
Tableau 13 Modalités d'offre de dépistage au niveau national et dans les entreprises privées	303
Tableau 14 Taux de dépistage au sein des entreprises enquêtées (Côte d'Ivoire)	342
Tableau 15 Les différents rôles des entreprises privées.....	364

Liste des figures

Figure 1 Evolution du financement mondial consacré à la lutte contre le VIH/sida et du nombre de nouvelles infections à VIH (1990 - 2011)	24
Figure 2 Évolution de la prévalence du VIH/sida en Afrique subsaharienne (1988 - 2003)	36
Figure 3 Impact du VIH/sida sur une entreprise	60
Figure 4 Evolution du coût des ARV et du nombre de personnes sous ARV en Côte d'Ivoire (2000 - 2011).....	133
Figure 5 - Algorithme du dépistage de l'hépatite B en Côte d'Ivoire	188
Figure 6 Sources des financements de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et au Cameroun	209
Figure 7 Les types d'organisations du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida	227
Figure 8 Évolution de la couverture nationale en conseil et dépistage VIH (CD) en Côte d'Ivoire en fonction du nombre de sites proposant une offre (2007 - 2009).....	300
Figure 9 Nombre de personnes ayant bénéficié du conseil et dépistage VIH (CD) par année en Côte d'Ivoire (2007 - 2010)	301

Liste des graphiques

Graphique 1 Entreprises enquêtées selon leur secteur d'activités	98
Graphique 2 Entreprises enquêtées selon leur statut	98
Graphique 3 Entreprises enquêtées selon leur effectif.....	98
Graphique 4 Acteurs enquêtés au sein des entreprises privées.....	100
Graphique 5 Campagnes de dépistage du VIH de l'entreprise 18.....	371

Liste des cartes

Carte 1 Prévalence du VIH/sida en Afrique de l'Ouest (élaborée à partir des estimations Onusida 2013).....	36
Carte 2 Sites d'intervention ARV par ONG en Côte d'Ivoire (2009)	257
Carte 3 Répartition de la prise en charge ARV selon les principaux bailleurs en Côte d'Ivoire (2009) ..	264
Carte 4 Localisation des sites des entreprises membres du GFBC adhérentes au projet de lutte contre le VIH/sida dans les entreprises forestières (2011).....	280

Annexes

Liste des annexes :

1. Recherche
2. Côte d'Ivoire et VIH/Sida
3. Réglementation relative à la santé et sécurité au travail (Côte d'ivoire)
4. VIH/Sida et entreprises privées

Annexe 1. Recherche

Document 1. Autorisation de recherche pour les enquêtes de la thèse, délivrée par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique de Côte d'Ivoire

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION
TECHNOLOGIQUE

DIRECTION DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
ET L'INNOVATION TECHNOLOGIQUE

BPV 151 ABIDJAN

Tél/Fax : 20 21 43 21

Nos Réf. 021 /MESRS/DGRSIT/DRSIT/ kass

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail



Abidjan le, 01 FEV 2012

AUTORISATION DE RECHERCHE

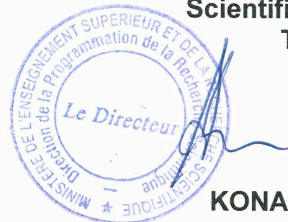
Je soussigné **Docteur KONARE Abdourahamane**, Directeur de la Recherche Scientifique et de l'Innovation Technologique du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, autorise **Mademoiselle Anne BEKELYNCK, Doctorante en Sociologie Politique au CEPED – UMR 196 – Université Paris Descartes/IRD** à entreprendre des travaux de recherche sur le thème : « L'implantation des grandes entreprises privées dans la lutte contre le VIH/SIDA »

Pendant son séjour, **Mademoiselle Anne BEKELYNCK** sera placée sous la responsabilité scientifique de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

A la fin de ses activités, elle est tenue de remettre à la Direction de la Recherche Scientifique et de l'Innovation Technologique, trois (03) exemplaires des résultats de ses recherches.

La présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

**Directeur de la Recherche
Scientifique et de l'Innovation
Technologique**



KONARE Abdourahamane

Document 2. Autorisation de recherche dans le cadre de l'enquête de faisabilité du projet DOD-CI (ANRS 12387)

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION
TECHNOLOGIQUE

Nos Réf. : 038 MESRS/DGRSIT/KCS/TM

Abidjan, le 12 6 MAR 2013

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur KATI-COULIBALY Séraphin, Directeur Général de la Recherche Scientifique et de l'Innovation Technologique du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, autorise *Mlle Anne BEKELYNCK, doctorante en Sociologie Politique au CEPED*, à entreprendre du 08 Mars 2013 au 15 décembre 2013, une étude de faisabilité pour une enquête sur la demande et l'offre de dépistage du VIH et des hépatites virales B et C en Côte d'Ivoire ANRS 12387.

Durant cette étude, *Mlle Anne BEKELYNCK* sera placée sous la responsabilité scientifique de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

A la fin de ses activités, elle est tenue de remettre à la Direction Générale de la Recherche Scientifique et de l'Innovation Technologique, trois exemplaires des résultats obtenus et des supports iconographiques gravés (photocopies, films, vidéos, bandes sonores etc.).

La présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Prof. KATI-COULIBALY Séraphin

Direction Générale de la Recherche Scientifique et de l'Innovation Technologique
B.P.V 151 Abidjan - Cité Administrative, Tour B, 16^{ème} étage -Tél : (225) 20-21-36-20

Document 3. Lettre de demande d'autorisation de recherche auprès d'une entreprise privée



Programme PAC-CI
Site ANRS de Côte d'Ivoire

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/SIDA (Côte d'Ivoire)
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (Côte d'Ivoire)
Ministère de l'Économie et des Finances (Côte d'Ivoire)
Ambassade de France en Côte d'Ivoire (France)
Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (France)
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (France)
Université Bordeaux Segalen (France)

Monsieur de Directeur Général
Société des Caoutchoucs de Grand-Béréby (SOGB)

Abidjan, le 7 février 2013

Objet : Demande d'informations concernant le Programme de lutte contre le VIH/Sida de la SOGB

Monsieur le Directeur,

Je vous contacte dans le cadre d'une recherche qu'effectue Mlle Anne BEKELYNCK sous ma tutelle, concernant l'apport des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/Sida en Côte d'Ivoire.

Depuis le début de l'épidémie, les entreprises ont joué un rôle décisif dans la prévention et la prise en charge de leurs employés. C'est pourquoi cette recherche de sociologie a été initiée. Elle s'attache à comprendre quels sont les différents types de programmes de lutte contre le VIH/Sida initiés par les entreprises privées, quels sont les obstacles et les opportunités rencontrés lors de leur mise en œuvre ainsi que les modèles de bonne pratiques qui pourraient bénéficier à d'autres acteurs publics et privés dans la lutte contre le VIH/Sida.

Cette recherche est effectuée avec le soutien du SMIT, de PAC-CI, de l'ENSEA et de l'IRD et a reçu une autorisation de la part du Ministre de la Recherche et de l'Enseignement (document ci-joint).

Je vous sollicite afin d'autoriser Mlle BEKELYNCK à mener sa recherche au sein de votre structure, rencontrer les personnes ressources (Personnel médical, DRH, Comité Sida) et à avoir accès à la documentation disponible concernant vos activités menées dans la lutte contre le VIH/Sida.

Toutes les informations communiquées seront protégées par le secret professionnel et la confidentialité. Ces informations seront totalement anonymes, ne seront pas utilisées pour d'autres objectifs que ceux de cette étude et ne seront pas communiquées à des personnes extérieures à l'équipe de recherche.

J'espère que vous accepterez la participation de votre entreprise à cette étude. Je reste à votre entière disposition pour vous apporter toute l'information que vous jugerez nécessaire.

Avec toutes mes salutations,

Pr EHOLIE Serge


Professeur serge EHOLIE
Coordonnateur Adjoint
Programme PAC-CI
CHU Treichville 18 BP 1954 Abidjan 18
Tél: 21 75 59 60 Fax 21 24 90 69

Contact
Anne BEKELYNCK
anne.bek@gmail.com
Tel : 48.89.57.83

Grille d'entretiens auprès des personnes ressources des entreprises privées

A. Programme VIH/sida des entreprises

1. Facteurs de mise en œuvre et ressources humaines impliquées
2. Axes du programme actuel
3. Budget et financement des activités VIH/Sida dans l'entreprise
4. Ressources humaines impliquées
5. Assurances santé et budget santé

B. Dépistage et prise en charge du VIH/sida

1. Organisation du dépistage (campagnes ponctuelles, visites médicales annuelles, CDIP en routine, CDIC en routine, embauche, autre)
2. Modalités de la proposition du dépistage
3. Pratiques du dépistage (freins, facilitateurs, etc.)
4. Référencement et prise en charge
5. Observance et suivi
6. Dépistage et prise en charge des employés en région/conjoints/ayant droits/autre

C. Autres pathologies

1. Autres activités sanitaires
2. Hépatites B et C (dépistage, prise en charge, couverture financière)

D. Santé et droit du travail

1. Positionnement du médecin dans l'entreprise
2. Pratiques de stigmatisation et de discrimination
3. Implication de la Direction dans les activités santé et VIH/Sida

E. Partenariats de l'entreprise avec des acteurs extérieurs

1. Partenaires extérieurs
2. Relations avec l'Etat
3. Production et transmission de rapports d'activités VIH/Sida et santé

F. Perspective

1. Apports et limites des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/Sida

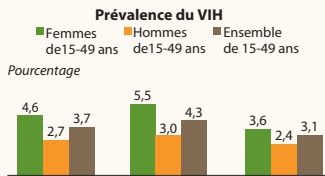
Annexe 2. Côte d'Ivoire et VIH/sida

Contexte épidémiologique de la Côte d'Ivoire : EDS 2011-2012

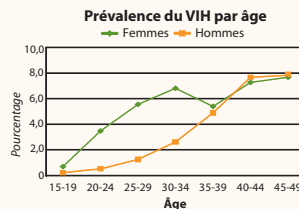


Prévalence du VIH en Côte d'Ivoire : résultats de l'EDS-MICS 2011-2012

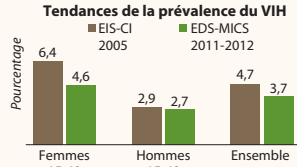
Au cours de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2011-2012, 5 671 femmes de 15-49 ans et 5 677 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH. Les résultats montrent que 3,7 % des personnes de 15-49 ans sont infectées par le VIH.



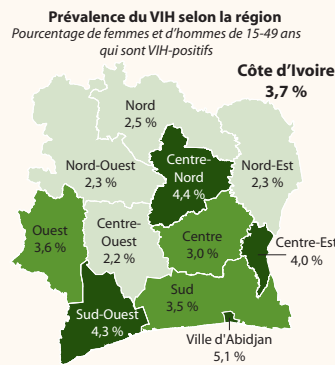
La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes (4,6 %) que chez les hommes (2,7 %). La prévalence globale est la plus faible parmi les femmes et les hommes vivant en milieu rural.



En général, le taux d'infection de femmes et d'hommes augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum à 45-49 ans.



La prévalence du VIH a baissé depuis 2005. La baisse de la prévalence chez les femmes et pour l'ensemble des adultes sont statistiquement significatifs, mais pas chez les hommes.

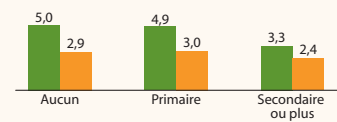


C'est dans la ville d'Abidjan (5,1 %) que la prévalence est la plus élevée. À l'opposé, c'est dans la région du Centre-Ouest (2,2 %) qu'elle est la plus faible.

Prévalence du VIH selon le niveau d'instruction

■ Femmes 15-49 ■ Hommes 15-49

Pourcentage



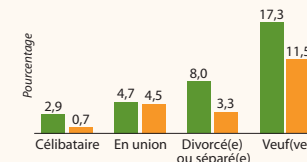
Chez les femmes, la prévalence du VIH est la plus faible parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Par contre, chez les hommes il n'y a pas de variation nette entre la prévalence du VIH et le niveau d'instruction.

14 % des femmes et 10 % des hommes ont reçu le résultat du dernier test du VIH au cours des 12 derniers mois.

Prévalence du VIH selon le statut matrimonial

■ Femmes 15-49 ■ Hommes 15-49

Pourcentage



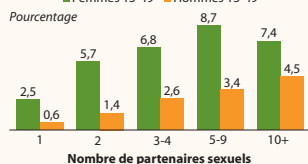
C'est parmi les veuves (17,3 %) que la prévalence du VIH est la plus élevée. Elle est la plus faible chez les femmes et les hommes célibataires (respectivement 2,9 % et 0,7 %).



Prévalence du VIH selon le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie

■ Femmes 15-49 ■ Hommes 15-49

Pourcentage



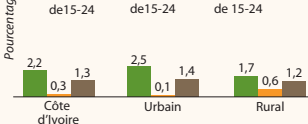
En général, la prévalence du VIH augmente avec le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie.

Parmi les couples vivant dans le même ménage et dont les deux conjoints ont été testés, 5 % sont discordants, ce qui signifie que seulement un des deux conjoints est séropositif. Dans 2 % des couples, les deux conjoints ont été testés positifs.

Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans

■ Femmes de 15-24 ■ Hommes de 15-24 ■ Ensemble de 15-24

Pourcentage



La prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15-24 ans est 1,3 %. Le taux d'infection est le plus élevé parmi les jeunes femmes du milieu urbain (2,5 %). Chez les jeunes hommes, il est plus élevé en milieu rural (0,6 %).

Taux de réponse et méthodologie : Les données sur la prévalence du VIH ont été obtenues à partir d'un échantillon de gouttes de sang séché, prélevées volontairement par piqûre au bout du doigt auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans. Près de 82 % des femmes et 77 % des hommes ont été testés. Dans l'ensemble, 79 % des 11 348 enquêtés ont été testés.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-MICS 2011-2012, contacter :

En Côte d'Ivoire :
 Institut National de la Statistique
 BP V 55 Abidjan, Côte d'Ivoire
 Téléphone : (225) 20-21-05 38
 Fax : (225) 20-21-63 27
 Email : ins_rci@yahoo.fr

Aux États-Unis :
 MEASURE DHS, ICF International
 11785 Beltsville Drive
 Calverton, MD 20705 USA
 Téléphone : 301-572-0200
 Fax : 301-572-0999
 Internet : www.measuredhs.com

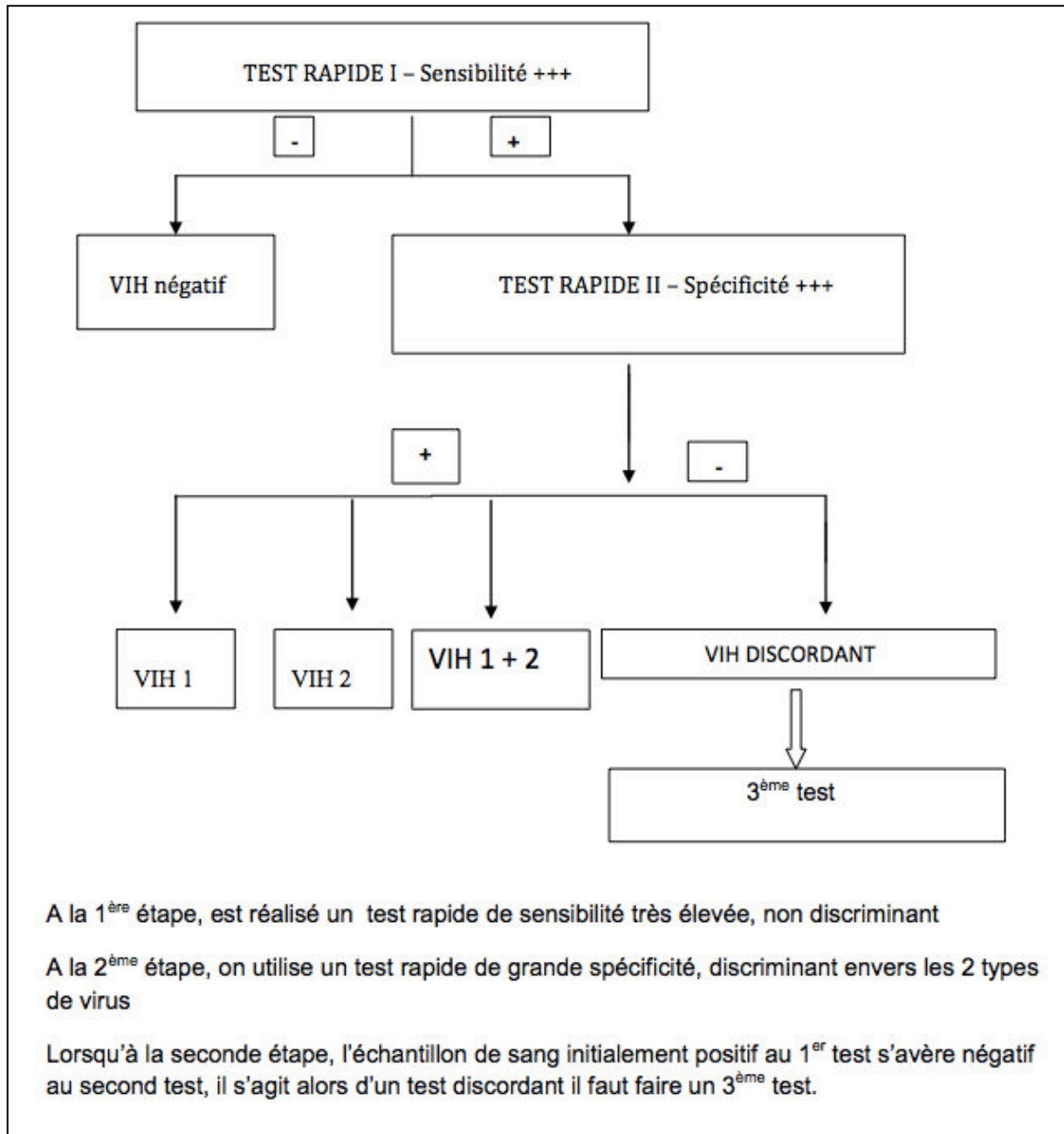
Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Côte d'Ivoire (EDS-MICS) 2011-2012



Prévalence du VIH



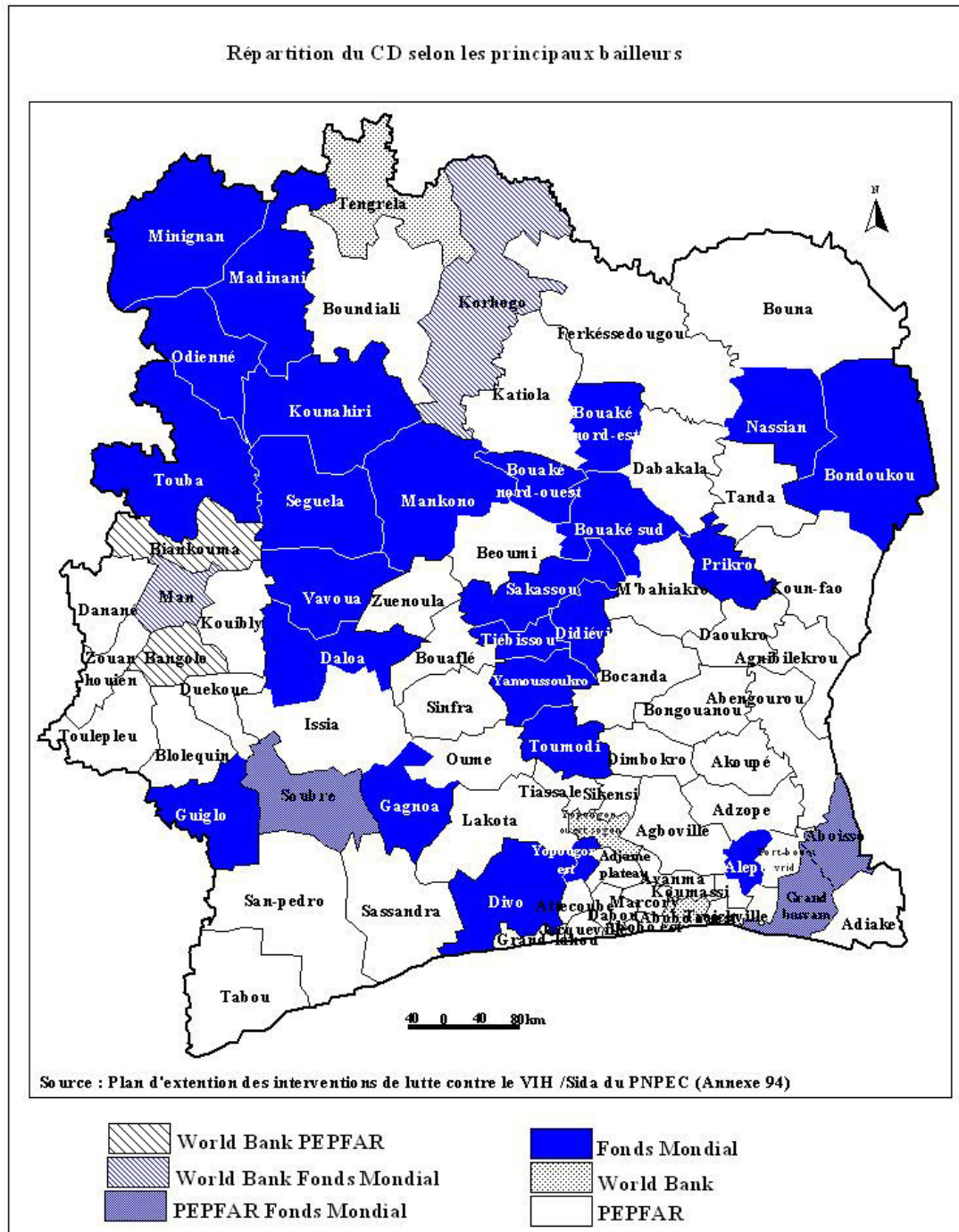
Algorithme national de dépistage du VIH de Côte d'Ivoire



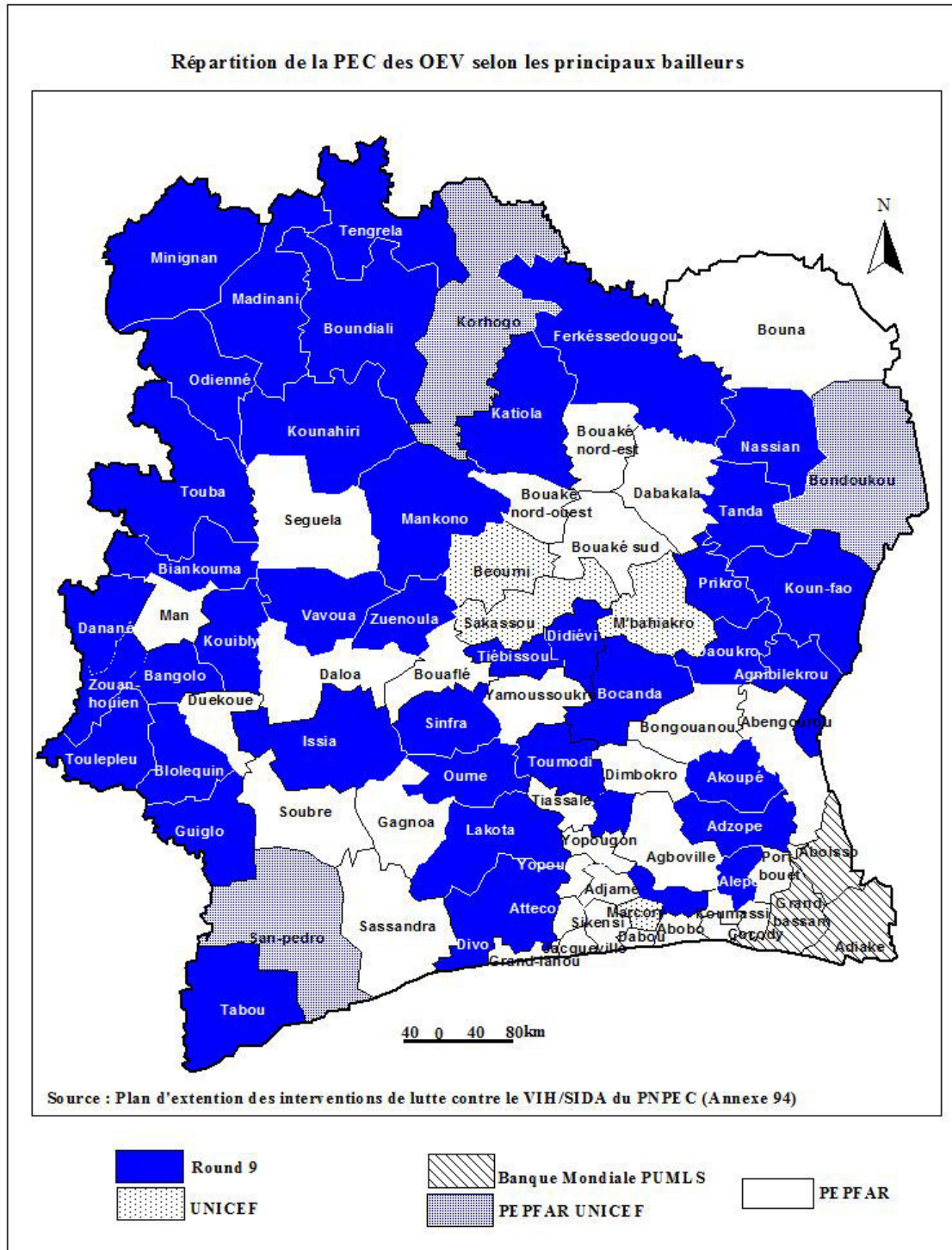
Source : PNPEC 2010. *Document de politique, normes et procédures du conseil et dépistage du VIH en Côte d'Ivoire, 2009 (Draft).*

Cartographies des bailleurs de fonds (source : PNPEC, 2009)

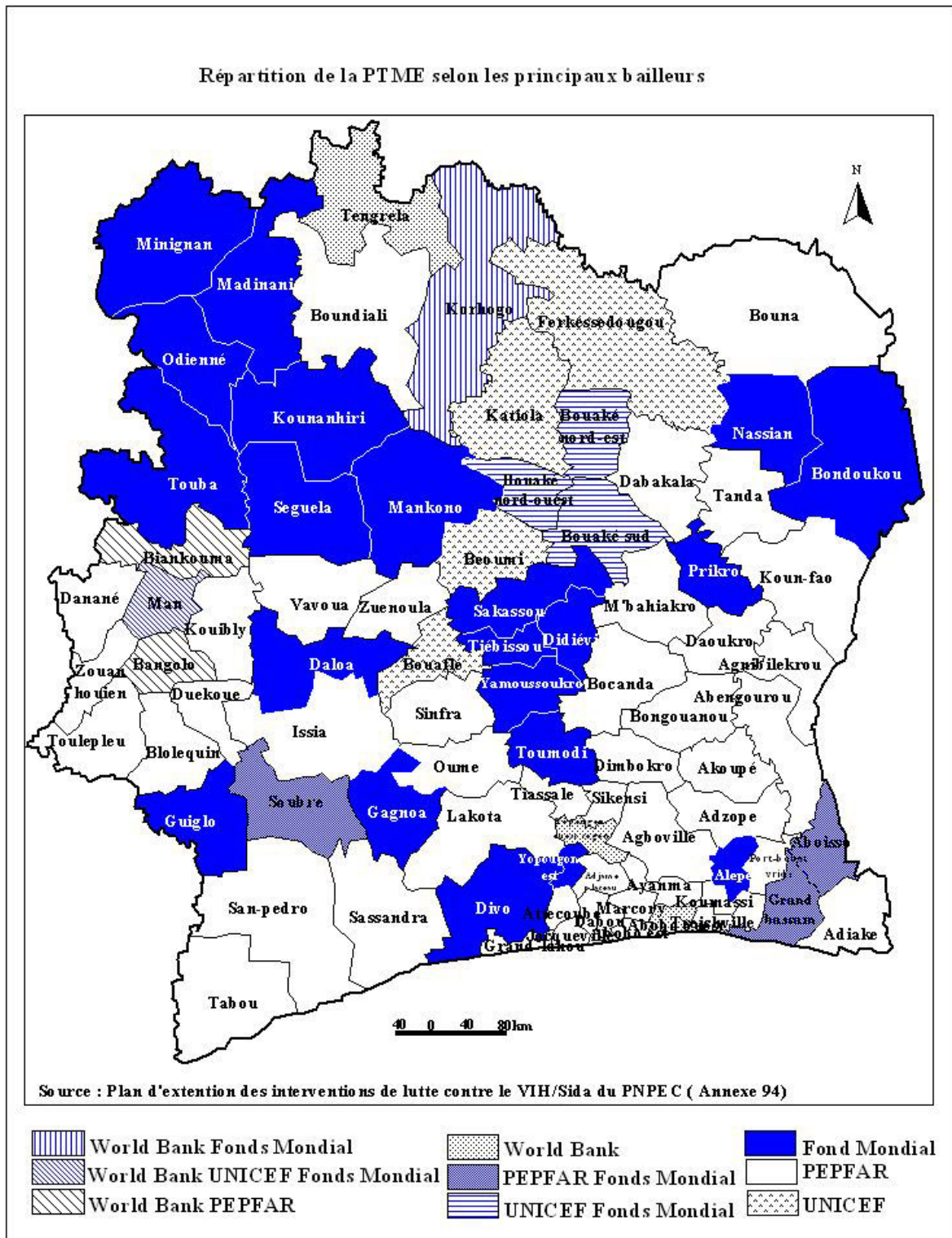
Répartition de l'organisation des activités de conseil et dépistage (CD) selon les principaux bailleurs



Répartition de l'organisation des activités de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV) selon les principaux bailleurs



Répartition des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH



Annexe 3. Réglementation relative à la santé et sécurité au travail (Côte d'Ivoire)

Loi no 95/15 du 12 janvier 1995 portant Code du travail. (*Journal officiel*, 23 février 1995, no 8, pp. 153-177.)

Côte d'Ivoire

TITRE IV - HYGIÈNE, SÉCURITÉ ET SANTÉ AU TRAVAIL

Chapitre 1er. Hygiène et sécurité

Article 41.1 Pour protéger la vie et la santé des salariés, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures utiles qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise.

Il doit notamment aménager les installations et régler la marche du travail de manière à préserver le mieux possible les salariés des accidents et maladies.

Article 41.2 Tout employeur est tenu d'organiser une formation en matière d'hygiène et de sécurité au bénéfice des salariés nouvellement embauchés, de ceux qui changent de poste de travail ou de technique.

Cette formation doit être actualisée au profit du personnel concerné en cas de changement de la législation ou de la réglementation.

Article 41.3 Il est interdit à toute personne d'introduire ou de distribuer, de laisser introduire ou de laisser distribuer, dans les établissements ou entreprises, des boissons alcoolisées à l'usage des travailleurs.

Article 41.4 L'employeur ou son représentant doit organiser le contrôle permanent du respect des règles d'hygiène et de sécurité.

Les salariés, de leur côté, doivent respecter les consignes qui leur sont données, utiliser correctement les dispositifs de salubrité et de sécurité, et s'abstenir de les enlever ou de les modifier sans autorisation de l'employeur.

Article 41.5 Des décrets déterminent les mesures générales de protection et de salubrité applicables à tous les établissements et entreprises assujettis au présent code, notamment en ce qui concerne l'éclairage, l'aération ou la ventilation, les eaux potables, les fosses d'aisance, l'évacuation des poussières et vapeurs, les précautions à prendre contre les incendies, les rayonnements, le bruit et les vibrations; et, au fur et à mesure des nécessités constatées, les

prescriptions particulières relatives à certaines professions, à certains travaux, opérations ou modes de travail.

Ces décrets peuvent limiter, réglementer ou interdire la fabrication, la vente, l'importation, la cession à quelque titre que ce soit ainsi que l'emploi des machines, de substances et préparations dangereuses pour les travailleurs.

Chapitre 2. Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Article 42.1 Dans tous les établissements ou entreprises employant habituellement plus de 50 salariés, il doit être créé un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Article 42.2 Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est composé, notamment, de délégués du personnel et de délégués syndicaux dans des conditions déterminées par décret.

Article 42.3 Des décrets déterminent, en fonction des entreprises, les personnes qui, sans être membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, doivent être convoquées à ses réunions.

Article 42.4 Sans préjudice des attributions de tout délégué du personnel, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est chargé de l'étude des conditions d'hygiène et de sécurité dans lesquelles sont assurées la protection et la santé des travailleurs. Il veille à l'application des prescriptions législatives et réglementaires et contribue à l'éducation des travailleurs dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.

Les modalités d'application de l'alinéa précédent sont fixées par décret.

Chapitre 3. Services de santé au travail

Article 43.1 Tout employeur doit assurer un service de santé au travail au profit des travailleurs qu'il emploie.

Ce service comprend notamment un examen médical des candidats à l'embauche ou des salariés nouvellement embauchés au plus tard avant l'expiration de leur période d'essai, et des examens périodiques des salariés en vue de s'assurer de leur bon état de santé et du maintien de leur aptitude au poste de travail occupé.

Article 43.2 Des décrets déterminent les modalités d'application des dispositions du présent chapitre.

**Organisation des services médicaux du travail en fonction de l'effectif de l'entreprise
(articles 4 D 546 et 547 du Code du Travail ivoirien)**

Catégorie	Effectif	Personnel de santé	Temps de présence	Equipement Nécessaire
1 ^{ère} Catégorie	1000 travailleurs et plus	1 Médecin 2 Infirmiers 1 Infirmier supplémentaire par tranche de 500 au dessus de 1000 travailleurs	Permanent Permanent Permanent	Service Médico- social Pharmacie Matériel médical
2 ^{ème} Catégorie	Entre 750 et 999	1médecin 2 infirmiers	Permanent Permanent	Service médical Pharmacie Matériel médical
3 ^{ème} Catégorie	Entre 749 et 250	1 médecin 1 Infirmier	mi-temps : 1heure pour 20 salariés et par mois Permanent	Service médical Pharmacie Matériel médical
4 ^{ème} Catégorie	Entre 249 et 100	1 Infirmier	Permanent	Infirmierie de 4 salles Pharmacie Matériel médical pour les 1ers soins
5 ^{ème} Catégorie	Moins de 100	1 infirmier	Vacataire	Boite de secours et une salle pansement

SERVICE MÉDICAL ET SANITAIRE MODALITÉS

DÉCRET n° 65-210 du 17 juin 1965, fixant les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs.

CHAPITRE I CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : Toute entreprise ou établissement doit assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs.

CHAPITRE II ATTRIBUTIONS DU MEDECIN D'ENTREPRISE

SECTION I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 2 : Le médecin d'entreprise est chargé:
— d'effectuer les visites médicales prévues par les lois et règlements en vigueur;
— de dispenser aux travailleurs accidentés ou malades des soins immédiats dont la nécessité apparaît sur le lieu du travail et qui peuvent être assurés avec les moyens dont dispose l'établissement tels qu'ils sont définis par le présent décret;

Cette obligation est faite à tout établissement public ou privé exerçant une activité de quelque nature qu'elle soit en Côte d'Ivoire et employant des travailleurs régis par le Code du Travail.

Pour la détermination de cette obligation, il est tenu compte non seulement du nombre des travailleurs mais également des membres de leur famille logés par l'employeur.

Par travailleur d'un établissement, il faut entendre ceux qui y sont employés habituellement, et notamment, sans que l'énumération en soit limitative:

- Le personnel permanent ;
- Les apprentis ;
- Les travailleurs à l'essai ;
- Les travailleurs revenant dans l'établissement à des époques régulières pour y effectuer des travaux saisonniers;
- Les travailleurs à domicile effectuant régulièrement des travaux pour le compte de l'établissement.

Par famille du travailleur, il faut entendre ses femmes et ses enfants vivant avec lui, régulièrement déclarés à l'état civil et dont il a la charge effective.

Par travailleurs logés, il faut entendre ceux pour lesquels l'employeur est tenu d'assurer le logement en application des dispositions de l'article 81 du Code du Travail.

Article 3 : Le présent décret a pour objet de fixer les moyens en personnel médical ou sanitaire et en matériel mis à la charge des établissements;

— d'assurer le service de médecine préventive de l'établissement.

SECTION II : VISITE JOURNALIÈRE ET EXAMENS MÉDICAUX

Article 4 : La visite journalière des travailleurs malades est obligatoire dans tous les établissements comptant au moins cent travailleurs.

Cette visite est organisée dans les locaux sanitaires des établissements après l'appel ou dès le début du travail.

Les membres de la famille des travailleurs y sont admis. Dans tous les établissements qui ne comportent pas la présence permanente d'un médecin, la visite est effectuée par un infirmier.

Article 5 : L'employeur est tenu de faire effectuer à ses frais:

— L'examen médical périodique de tous les travailleurs de l'établissement.

Cette visite médicale est obligatoire au moins deux fois par an. Pour les travailleurs nouvellement engagés, la première de ces visites a lieu dès l'embauche.

Des arrêtés du ministre du Travail, pris après avis du comité technique consultatif d'hygiène et de sécurité du travail, pourront prescrire des visites périodiques plus fréquentes des travailleurs employés dans des établissements dangereux ou insalubres, des travailleurs de moins de 18 ans, des femmes, des femmes enceintes, des mutilés, invalides ou diminués physiques.

— L'examen médical des femmes et des enfants dans les conditions prévues à l'article 105 du Code du Travail en vue de vérifier si le travail dont ils sont chargés n'excède pas leur force.

— L'examen médical des travailleurs engagés pour une durée déterminée supérieure à trois mois ou dont le contrat de travail nécessite l'installation hors de leur résidence habituelle. Cet examen est passé avant la constatation par écrit du contrat.

— L'examen médical de reprise du travail des travailleurs dont le contrat a été suspendu pour cause de maladie. Cet examen est obligatoire après une absence de plus d'un mois ou en cas d'absences discontinues totalisant plus de quinze jours dans le courant d'un semestre, en vue d'apprécier l'aptitude du travailleur à reprendre son ancien emploi.

Les visites médicales prévues au présent article sont passées par les médecins d'entreprise. S'il n'en existe pas, elles sont confiées à un praticien libre, officiellement autorisé à exercer en clientèle privée ou, à défaut, à un médecin de service de la Santé publique.

Les dispositions du présent article sont applicables quels que soient l'importance de l'établissement et le nombre des travailleurs employés.

Le temps des visites médicales est pris sur le temps de travail et payé à plein salaire .

SECTION III : SOINS

Article 6 : Le médecin d'entreprise doit dispenser :

— A tous les travailleurs et à leurs familles, dans les locaux sanitaires des établissements, les soins urgents et de première nécessité;

— Aux travailleurs logés et à leur famille, les soins et médicaments nécessaires au traitement de la maladie pouvant être dispensés avec les moyens techniques et thérapeutiques prévus au présent décret.

L'employeur est tenu d'assurer gratuitement l'alimentation de tout travailleur malade soigné sur place.

Article 7 : Lorsque l'organisation médicale et l'équipement sanitaire sont insuffisants pour assurer le traitement et dispenser les soins indispensables, l'employeur est tenu d'assurer à ses frais l'évacuation sur la formation médicale la plus proche des travailleurs ou des membres de leur famille blessés ou malades.

Cette obligation, qui n'entraîne aucune charge ni responsabilité relativement aux soins dispensés dans ces formations et centres médicaux, ne vise que les travailleurs logés et les membres de leurs familles .

SECTION IV : MESURES PRÉVENTIVES

Article 8 : Le médecin d'entreprise est chargé, dans la limite des moyens que comportent l'organisation médicale et l'équipement sanitaire de l'établissement en application du présent décret :

— de dispenser au travailleur les soins préventifs en vue d'éviter toute altération de santé du fait du travail ;

— de dépister les maladies contagieuses et de parer aux risques de contagion ;

— de veiller à l'éducation des travailleurs en matière d'hygiène et de prévention contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Article 9 : Le médecin d'entreprise exerce auprès du chef de l'établissement le rôle de conseil en ce qui concerne notamment :

1° La surveillance de l'hygiène générale de l'établissement, en particulier au point de vue climatisation, éclairage, moyens de propreté (lavabos, cabinets, douches), eau de boisson, cantines;

2° L'hygiène des ateliers et la protection des ouvriers contre les poussières et les vapeurs dangereuses ;

3° L'installation et l'utilisation des dispositifs de sécurité et l'application de toutes mesures de prévention en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;

4° L'amélioration des conditions du travail, notamment par des installations ou aménagements complémentaires, l'adaptation des techniques à l'homme, l'étude des conditions de l'effort et les rythmes de travail ;

5° La surveillance de l'adaptation des travailleurs aux postes de travail;

6° Les conditions d'hygiène de l'habitation des travailleurs logés et de leurs familles;

7° Les conditions d'hygiène de la nourriture et la composition des rations alimentaires.

Le médecin d'entreprise est tenu au secret de tous procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance lors des visites de l'établissement.

CHAPITRE III ATTRIBUTIONS DE L'INFIRMIER

Article 10 : L'infirmier est notamment chargé, sans que cette nomenclature soit limitative:

— De procéder à des visites sommaires de triage et de dépistage ;

— De dispenser les soins élémentaires ;

— De porter les premiers secours en cas d'accident ;

— D'appliquer les consignes d'hygiène et les consignes de sécurité de sa compétence, de veiller à l'éducation des travailleurs en ces matières .

CHAPITRE IV DU PERSONNEL MÉDICAL ET SANITAIRE

Article 11 : Les médecins et infirmiers d'entreprise doivent faire l'objet d'une décision d'agrément prise par le ministre du Travail après avis du ministre de la Santé publique . Cette décision peut être annulée dans les mêmes formes.

Article 12 : Peuvent être agréés en qualité de médecins d'entreprise :

— Les docteurs en médecine, diplômés d'Etat ou d'université répondant aux conditions d'exercice de la médecine en Côte d'Ivoire;

— Les médecins diplômés de l'Ecole de médecine africaine de Dakar;

Peuvent être agréés en qualité d'infirmier :

— Les infirmiers diplômés d'Etat;

— Les infirmiers titulaires du brevet technique d'aptitude;

— Les anciens infirmiers militaires titulaires du brevet technique n° 1 (B.T. n° 1) ;

Peuvent être agréées, à titre transitoire, en qualité d'infirmiers d'entreprise les personnes munies d'une autorisation d'exercer délivrée par le ministre de la Santé publique.

CHAPITRE V MESURES DE CONTRÔLE

Article 13 : Il est tenu dans tous les établissements employant au moins 100 travailleurs un registre sur lequel est consigné le résultat de la visite journalière prévue à l'article 4 ci-dessus .

Le modèle de ce registre est fixé à l'annexe I du présent décret .

Le registre, de caractère confidentiel, est tenu sans déplacement dans les bureaux de l'infirmerie de l'établissement à la disposition de l'inspecteur du Travail et des Lois sociales, du médecin-chef de la circonscription sanitaire et du médecin-inspecteur du Travail .

Le registre est tenu par ordre de date des visites et est coté, paraphé et visé par l'inspecteur du Travail et des Lois sociales

Article 14 : Le médecin d'entreprise est tenu :

1° De rédiger un rapport annuel sur le fonctionnement du service médical et sanitaire de l'établissement . Deux exemplaires de ce rapport sont adressés par lui à l'inspecteur du Travail et des Lois sociales qui en transmet un exemplaire au médecin-inspecteur du Travail ;

2° D'adresser, chaque trimestre, au médecin-chef de la circonscription sanitaire et à l'inspecteur du Travail et des Lois sociales un compte rendu succinct sur l'état sanitaire de l'établissement .

Le médecin d'entreprise ou, à défaut, l'infirmier est tenu :

1° De notifier dans les 24 heures au médecin-chef de la circonscription sanitaire et à l'inspecteur du Travail et des Lois sociales du ressort les cas de maladies infectieuses et contagieuses des travailleurs de l'établissement et des membres de leur famille logés ;

2° De participer, dans le cadre de l'entreprise, à toute action sanitaire contre les grandes endémies et les fléaux sociaux ;

3° De faciliter la mission de contrôle dévolue aux inspecteurs du Travail et des lois sociales et aux médecins-inspecteurs du Travail.

CHAPITRE VI

CLASSEMENT DES ENTREPRISES EN CE QUI CONCERNE LES MOYENS MINIMA IMPOSÉS EN MATIÈRE DE PERSONNEL MÉDICAL ET SANITAIRE

Article 15 : Les établissements sont classés en cinq catégories compte tenu de l'effectif des travailleurs:

1^{ère} catégorie : 1000 travailleurs et plus ;

2^{ème} catégorie : 750 à 999 travailleurs ;

3^{ème} catégorie : 250 à 749 travailleurs ;

4^{ème} catégorie : 100 à 249 travailleurs ;

5^{ème} catégorie : moins de 100 travailleurs .

Article 16 : Il est prévu au minimum :

1° Dans les établissements de 1^{ère} catégorie, le service permanent d'un médecin et de deux infirmiers et d'un infirmier supplémentaire par tranche de 500 travailleurs au-dessus de l'effectif de mille travailleurs;

2° Dans les établissements de 2^{ème} catégorie, le service permanent d'un médecin et de deux infirmiers. Lorsque l'établissement est situé à moins d'une heure de trajet d'un centre médical officiel ou d'un centre d'activité d'un médecin privé, il pourra être classé à la 3^{ème} catégorie ci-après par décision du ministre du Travail après avis du ministre de la Santé publique ;

3° Dans les établissements de 3^{ème} catégorie, le concours périodique d'un médecin et le service permanent d'un infirmier .

4° Dans les établissements de 4^{ème} catégorie, le concours permanent d'un infirmier;

5° Dans les établissements de 5^{ème} catégorie, le concours périodique d'un infirmier.

Les établissements qui assurent le logement des familles des travailleurs sont tenus de prévoir, au minimum, un infirmier supplémentaire pour chaque contingent supplémentaire de 250 personnes.

Les établissements employant moins de 100 travailleurs mais qui assurent le logement des familles sont assimilés à la 4^{ème} catégorie, si l'effectif global des travailleurs des membres de leur famille est au minimum de 150 personnes.

Article 17 : Lorsqu'il existe soit des conventions de soins, soit des services inter-entreprises prévus aux chapitres VIII et IX ci-après, les employeurs y adhérant peuvent être dispensés des obligations définies à l'article précédent sous réserve que le service médical ou sanitaire soit assuré pour chaque établissement selon les normes minima définies au présent décret .

Article 18 : Pour les établissements de la 3^{ème} catégorie le concours périodique du médecin est apprécié en raison d'un temps de service de une heure par mois pour 20 travailleurs. Pour les établissements de la 5^{ème} catégorie, le concours périodique de l'infirmier est apprécié en raison de une heure par mois pour 10 travailleurs.

Article 19 : Par arrêté du ministre du Travail, puis après avis du comité technique consultatif d'hygiène et de sécurité du travail, il pourra être prévu, pour tenir compte de conditions particulières et notamment de dispersion des travailleurs, de l'éloignement de l'exploitation de tous autres centres de formation sanitaire, de risques spéciaux que représentent pour la santé des travailleurs certains secteurs d'activité, un classement différent des établissements :

— Par diminution du nombre des travailleurs exigés pour chacune des catégories prévues ci-dessus;

— Par l'augmentation du nombre des infirmiers;

— Par l'augmentation du temps de service exigé du personnel médical ou sanitaire tenu d'assurer un concours périodique;

— Par renforcement du personnel médical ou sanitaire à certaines périodes de l'année pour les entreprises saisonnières.

CHAPITRE VII

MOYENS MINIMA EN INSTALLATION ET EN MATÉRIEL SANITAIRES IMPOSÉS AUX ÉTABLISSEMENTS

SECTION I : INFIRMERIES D'ÉTABLISSEMENT

Article 20 : Une infirmerie d'établissement est obligatoirement installée et approvisionnée en médicaments et accessoires dans chaque établissement public ou privé, exerçant une activité de quelque nature qu'elle soit et employant plus de cent travailleurs.

L'approvisionnement minimum en médicaments et objets de pansements des infirmeries d'établissement doit être conforme à la liste donnée en annexe II du présent décret . Cette liste peut être modifiée par arrêté du ministre du Travail après avis du ministre de la Santé publique.

Article 21 : Les locaux d'infirmières d'établissement comprendront :

- Une salle d'attente ;
 - Un bureau de médecin servant de salle de visite ;
 - Une salle de pansements ;
 - Une salle d'injection avec deux boîtes fermées (hommes et dames) ;
 - Une salle d'isolement pour les cas urgents, lorsque l'effectif de l'établissement sera supérieur à 500 travailleurs.
- L'équipement de ces infirmières comprendra au minimum :
- Un lit et deux couvertures ;
 - Un lit supplémentaire par tranche de 300 personnes ;
 - Un lit de consultation ou de repos installé dans la salle de pansements ;
 - Un matériel permettant la stérilisation de l'eau et des instruments .

SECTION II : SALLE DE PANSEMENTS

Article 22 : Une salle de pansements est obligatoirement installée et approvisionnée en médicaments et accessoires dans chaque établissement, public ou privé, exerçant une activité de quelque nature qu'elle soit et employant entre vingt et cent travailleurs .

L'approvisionnement minimum en médicaments et objets de pansements des salles de pansements doit être conforme à la liste donnée en annexe III au présent décret . Cette liste peut être modifiée par arrêté du ministre du Travail après avis du ministre de la Santé publique.

SECTION III : BOÎTE DE SECOURS

Article 23 : Une boîte de secours est obligatoirement approvisionnée en médicaments et objets de pansements conformément à la liste donnée en annexe IV du présent décret dans chaque établissement, public ou privé, exerçant une activité de quelque nature qu'elle soit et employant moins de vingt travailleurs. La liste susvisée peut être modifiée par arrêté du ministre du Travail après avis du ministre de la Santé publique .

CHAPITRE VIII

MODALITÉS DE CONSTITUTION ET DE FONCTIONNEMENT DE SERVICES MÉDICAUX ET SANITAIRES COMMUNS A PLUSIEURS ENTREPRISES

SECTION I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 24 : Tout groupement d'employeurs, existant ou qui se constituerait dans ce but, peut organiser un service médical et sanitaire commun à plusieurs entreprises, selon les modalités déterminées au présent chapitre.

Le service médical et sanitaire doit grouper au moins 250 travailleurs.

Tout ou partie des obligations qu'imposent la loi et les règlements pourront être confiées, soit à un service itinérant relevant du service interentreprises, soit à un médecin correspondant agréé dans les conditions prévues à l'article 11 ci-dessus, soit à des centres médicaux ou des dis-

pensaires officiels en vertu de conventions de soins passées avec le ministre de la Santé publique.

Article 25 : Le service médical interentreprises dispose au minimum :

- Du concours permanent d'un médecin ;
- D'une infirmerie aménagée et approvisionnée selon les normes définies au chapitre VII ci-dessus.

Le président du service médical interentreprises est responsable de la gestion du service et de la mise à la disposition des établissements adhérents des moyens d'exécution qu'imposent la loi et les règlements.

Les normes fixées aux chapitres précédents s'appliquent au service médical interentreprises, compte tenu de l'effectif global des travailleurs de l'ensemble des établissements adhérents.

Les établissements adhérent à un service médical interentreprises sont tenus de prévoir une salle d'isolement et un approvisionnement en médicaments indispensables pour les cas urgents, qui ne pourra être inférieur à celui correspondant à une boîte de secours.

SECTION II : CONSTITUTION ET FONCTIONNEMENT DU SERVICE MÉDICAL INTERENTREPRISES

Article 26 : La création d'un service médical et sanitaire interentreprises est subordonnée à un agrément du ministre du Travail après avis du ministre de la Santé publique.

La demande d'agrément doit préciser la compétence territoriale et professionnelle du service interentreprises et comporter en annexe un exemplaire des statuts et un récépissé de la déclaration.

Le retrait d'agrément est prononcé par le ministre du Travail, après avis du ministre de la Santé publique sur le rapport de l'inspecteur du Travail et des Lois sociales du ressort .

Sauf avis contraire de la majorité des membres du conseil de gestion, un service interentreprises ne peut s'opposer à l'adhésion d'un établissement relevant de sa compétence territoriale et professionnelle.

Le service interentreprises, constitué par une association déclarée conformément aux dispositions de la loi n° 60-315 du 21 septembre 1960 sur les associations, est doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la responsabilité du président du groupement des employeurs intéressés . Le président est assisté d'un conseil de gestion.

Le directeur du service interentreprises est désigné par le président; il doit être agréé par le ministre du Travail.

Les modalités de gestion sont définies par le règlement intérieur qui est soumis à l'approbation du ministre du Travail .

Les frais d'organisation et de fonctionnement ainsi que la rémunération du personnel médical et sanitaire sont à la charge du service interentreprises.

Les dépenses sont réparties entre les employeurs adhérents conformément aux dispositions du règlement intérieur . La répartition entre les entreprises des frais d'organisation et de fonctionnement du service est soumise au contrôle de l'inspecteur du Travail et des Lois sociales du ressort.

Le président établit, chaque année, un rapport sur l'organisation et le fonctionnement ainsi que sur la gestion financière du service interentreprises. Deux exemplaires de ce rapport sont adressés à l'inspecteur du Travail et des Lois sociales du ressort qui en transmet un au ministre du Travail

CHAPITRE IX

MODALITÉS SELON LESQUELLES LES ÉTABLISSEMENTS GROUPANT MOINS DE MILLE TRAVAILLEURS PEUVENT UTILISER LES SERVICES DES CENTRES MÉDICAUX OU DES DISPENSAIRES OFFICIELS POUR ASSURER UN SERVICE MÉDICAL OU SANITAIRE A LEURS TRAVAILLEURS

Article 27 : Dans les établissements groupant moins de 1000 travailleurs et situés dans un rayon de moins de vingt-cinq kilomètres d'un centre médical ou d'un dispensaire officiel, des conventions de soins peuvent être passées, à titre transitoire, dans les conditions définies au présent chapitre, lorsque l'inspecteur du Travail et des Lois sociales du ressort aura reconnu, en fonction des éléments de preuve rapportés par le chef d'établissement, l'impossibilité du moment dans laquelle se trouve l'établissement de s'assurer le concours du personnel médical ou sanitaire imposé à l'employeur en application des dispositions du présent décret.

Article 28 : La convention de soins est temporaire. Sa durée ne peut excéder un an. Elle peut être renouvelée.

La convention est passée par écrit entre le ministre de la Santé publique et le chef d'établissement, après avis du ministre du Travail.

La demande de convention de soins est adressée par le chef d'établissement au ministre du Travail par l'intermédiaire de l'inspecteur du Travail et des Lois sociales qui y joint son avis et celui du médecin-chef de la circonscription médicale. La convention de soins est établie en cinq exemplaires destinés respectivement au chef d'établissement, à l'inspection du Travail et des Lois sociales du ressort, au médecin-chef de la circonscription médicale, au ministre du Travail et au ministre de la Santé publique.

Aux termes de la convention de soins, sont confiés aux centres médicaux ou dispensaires officiels, tout ou partie des obligations incombant aux entreprises en matière de visites, examens médicaux, soins urgents et de première nécessité, soins et médicaments nécessaires au traitement de la maladie des travailleurs et des membres de leur famille logés, tels qu'ils résultent de l'application des dispositions du présent décret.

La convention de soins doit obligatoirement mentionner :

- Le nom et l'adresse du chef d'établissement;
- La raison sociale et l'adresse de l'établissement;
- Les titres et la fonction du médecin de la Santé publique, chargé de l'application de la convention;
- Le nom et l'adresse du centre médical ou dispensaire;
- La date et la durée de la convention;
- Les obligations du médecin ou de l'infirmier, selon les normes définies dans le cadre et dans les limites des dispositions du présent décret, en matière de visites et d'examen médicaux d'une part, et en matière de soins médicaux et médicaments d'autre part;

— Le montant des honoraires du personnel médical qui doit être évalué forfaitairement sur les bases du tarif le plus bas utilisé dans le secteur privé pour des conventions du même ordre;

— Le mode de remboursement au budget de l'État, pour rattachement aux crédits affectés au fonctionnement du service de la Santé publique, des frais de médicaments et de soins et, éventuellement, des frais d'hospitalisation dans la mesure où ces frais résultent d'obligations incombant à l'employeur en application du présent décret.

Article 29 : Les établissements qui ont souscrit une convention de soins, dans le cadre des dispositions du présent chapitre, sont tenus d'observer les normes minima ci-après en matière de service médical et sanitaire:

Personnel : Dans les établissements comprenant plus de 100 travailleurs: un infirmier;

Locaux : Dans les établissements comprenant:

- moins de 20 travailleurs: un isolement;
- moins de 100 travailleurs et plus de 20 travailleurs: une salle de pansements;
- plus de 100 travailleurs: une infirmerie avec salle d'isolement;

Approvisionnement : Dans les établissements comprenant moins de 100 travailleurs: une boîte de secours telle que prévue au chapitre VII, section III, ci-dessus;

Dans les établissements comprenant plus de 100 travailleurs, l'approvisionnement prévu à l'annexe III du présent décret.

CHAPITRE X

DISPOSITIONS FINALES

Article 30 : Le service médical ou sanitaire existant dans les établissements à la date de la publication du présent décret ne pourra être réduit pour s'aligner sur les normes minima édictées. Les travailleurs continueront à bénéficier des avantages qui leur ont été consentis lorsque ceux-ci sont supérieurs à ceux que leur reconnaît le présent décret.

Article 31 : Constituent des contraventions de la première classe les infractions aux dispositions du présent décret.

ANNEXE I

Modèle du registre de visite journalière

Le « registre de visite journalière » du modèle suivant comporte dans des colonnes distinctes les mentions ci-après:

- 1° Date de la visite;
- 2° Nom et prénoms des consultants;
- 3° Diagnostic;
- 4° Soins donnés;
- 5° Décision.

Date de la Visite	Nom et prénoms des consultants	Diagnostic	Soins donnés	Décision

Annexe 4. VIH/sida et entreprises privées



CHARTRE CONTRE LE VIH/SIDA



Le VIH/SIDA est une véritable épidémie qui n'épargne aucun continent. L'Afrique subsaharienne est la région la plus affectée, réunissant à elle seule presque 70% des personnes infectées, soit près de 23 millions de personnes atteintes. Sensible à la lutte contre le VIH/SIDA et désireux de protéger efficacement nos travailleurs, nous nous engageons à :

1 Assurer l'absence de discrimination et de stigmatisation sur nos sites

Nos employés directement touchés par le VIH/SIDA et ceux soupçonnés de l'être ont les mêmes droits et les mêmes obligations que le reste du personnel. Ils seront protégés au sein de l'entreprise contre toute forme de discrimination et de stigmatisation basées sur leur séropositivité ou sur leur maladie réelle ou supposée.

2 Rejeter le dépistage obligatoire du VIH

On ne peut réaliser un dépistage obligatoire du VIH lors de la visite médicale des candidats à l'emploi, lors de la visite périodique au sein du personnel ou pour toute autre raison.

3 Garantir la confidentialité et la non divulgation des informations

Pour ce qui concerne le dépistage volontaire du VIH, les données et les résultats des tests de chaque employé seront traités de manière confidentielle. Tout employé a cependant le droit de consentir, en toute connaissance de cause, à la divulgation de ces informations auprès des personnes qu'il désirera.

4 Garantir la sécurité des emplois des personnes vivant avec le VIH

Nous reconnaissons le désir et la capacité de travailler du personnel séropositif. La présente charte garantit aux salariés infectés par le VIH ou atteints du SIDA le droit de continuer leur travail tant qu'ils demeurent capables de mener à bien leurs tâches en conformité avec les exigences de leur fonction.

Si, pour des raisons médicales, un employé infecté par le VIH ou atteint du SIDA devient incapable de poursuivre son travail dans des conditions normales, nous nous efforcerons, dans la mesure du possible, de l'affecter à un autre poste mieux adapté à son état de santé dans le respect de la législation en vigueur et de la réglementation interne de l'entreprise.

Quand la maladie ne permet plus à l'employé infecté par le VIH de remplir ses fonctions, on pourra engager, comme pour toute autre maladie invalidante, la procédure de cessation d'emploi pour invalidité

5 Garantir l'application et faire respecter la présente charte

Cette charte est conforme à la législation ivoirienne et répond aux directives de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en matière de VIH/SIDA. Les infractions à cette politique relèveront du cadre disciplinaire et des procédures de règlement des conflits existant dans le groupe SIFCA.



Bertrand VIGNES
Directeur Général
Juillet 2011

Charte de la Politique Managériale

I
LES HOMMES
parce qu'ils sont
la force vive
de l'entreprise

V
L'ECOUTE
pour mieux se comprendre
et mieux communiquer
entre partenaires

IX
LA DECENTRALISATION
parce qu'elle nous
rend efficace

II
L'ESPRIT DE FAMILLE
parce qu'il est le reflet
de la solidarité africaine
et le gage de la cohésion
au sein de l'entreprise

VI
LE CLIENT
parce qu'il est notre
raison d'être

X
**LA DELEGATION
DE POUVOIR**
parce qu'elle permet
de partager la prise
de décision à tous
les niveaux

III
LE MERITE
parce qu'il doit être
reconnu et récompensé

XI
LA RESPONSABILISATION
parce qu'elle libère
les initiatives et renforce
la compétence

IV
**L'ESPRIT
D'ENTREPRISE**
parce que nous
voulons être un modèle
de réussite

VII
LA QUALITE
parce qu'elle est la
condition de notre réussite

XII
LA FORMATION
parce qu'elle garantit le
professionnalisme et
concourt à l'épanouisse-
ment du travailleur

VIII
LE CONTROLE
parce qu'il assure
la maîtrise
de notre gestion

Marcel Zabi Bessy

Président Directeur Général



**RESUME DE LA RECOMMANDATION
N° 200 DU BIT/OIT**

RESUME

La recommandation n° 200 du BIT/OIT définit les normes internationales liées aux droits et conditions en milieu de travail. Tout en pronant l'égalité de genre, cette recommandation vise à lutter contre toute forme de stigmatisation et de discrimination liée au statut sérologique du travailleur. Elle favorise la création de cadre de concertation tripartite entre employeur, employé et gouvernement.

**LA CHARTRE DE BONNE CONDUITE
EN MATIERE DE LUTTE CONTRE
LE VIH ET LE SIDA**

Conscient de l'impact du VIH/SIDA en termes de coûts humains, financiers et sociaux sur leurs activités et l'environnement dans lequel ces activités se déploient ;
Considérant que la complexité de la pandémie du VIH/SIDA exige une réponse sociétale, y compris celle du monde du travail ;
Considérant les Directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail ;
Considérant le Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire ;
Considérant le Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA en milieu du travail ;
L'entreprise SODECI en concertation avec le collège des délégués du personnel et syndicaux représentant les travailleurs s'engage à :

1. Considérer le VIH/SIDA comme toute autre maladie ou situation grave qui affecte le milieu du travail ;
2. Communiquer à chaque occasion, notre engagement contre la pandémie du VIH/SIDA ;
3. Encourager le partenariat public/privé ;

4. Déployer tous les efforts pour assurer une prise en charge globale et conforme aux exigences médicales de l'heure à tous les travailleurs infectés par le VIH et leurs familles ;
5. Prendre au soin, des mesures d'aménagement raisonnable à l'intention des travailleurs vivant avec le VIH ;
6. Soutenir toute action qui vise à renforcer la surveillance et la recherche épidémiologique.
7. Offrir aux travailleurs, un milieu sain et sécuritaire ;
8. Reconnaître au travailleur vivant avec le VIH le droit au travail, et aux mêmes avantages sociaux et de congés maladies que les autres employés ;
9. Intensifier les efforts de prévention par des programmes éducatifs adaptés ainsi que la minimisation des risques ;
10. Lutter contre toute forme de discrimination fondée sur le statut sérologique VIH ;
11. Prendre en compte la dimension du genre notamment le statut social et économique de la femme et de l'homme dans les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu du travail, la concertation permanente ;
12. Adopter comme principal mode de règlement des questions liées au VIH/SIDA sur le lieu du travail, la concertation permanente ;
13. Assurer la confidentialité des renseignements surtout ceux d'ordre médical concernant nos employés en prenant les mesures de sécurité requises ;
14. Accorder une attention particulière dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA aux populations de travailleurs les plus à risque ;
15. Mener ou faciliter toute activité de plaidoyer visant le renforcement de la protection des travailleurs vivant avec le VIH.



**CE QUE VOUS DEVEZ
SAVOIR SUR LE**

COSIDAS

Comité de lutte contre le VIH
et le Sida de la SODECI

CONTEXTE ET PRESENTATION

CONTEXTE

Aujourd'hui le Sida est devenu un réel problème dans la gestion des ressources humaines et des coûts liés à la prise en charge en milieu de travail.
Pour faire face à cette problématique, les entreprises ont du intégrer dans leur programme la lutte contre le VIH et le Sida sur tous ses aspects.

PRESENTATION

La SODECI (Société de Distribution d'Eau de la Côte d'Ivoire) créée le 1er Octobre 1959, intervient dans la distribution de l'eau potable et l'assainissement. Avec un effectif de 1700 agents à fin Décembre 2010 repartit sur 1 direction centrale, 3 direction régionales à Abidjan et 9 directions régionales à l'intérieur du pays.

En 1996, par la volonté de son PCA Monsieur Marcel ZADI Kessy et l'implication de sa Direction Générale, la SODECI montre son fort engagement dans la lutte contre le SIDA et l'implication au plus haut niveau de sa hiérarchie par :

- 1- La création d'un comité de lutte contre le SIDA : le COSIDAS crée effectivement depuis le 27 Juin 1997 ;
- 2- La mise en place d'un fond SIDA ;
- 3- La nomination d'une personne ressource chargé uniquement que de l'activité de lutte contre le SIDA.

Tout ce fort engagement pour l'atteinte d'un seul objectif à savoir : «Contribuer à la réduction de l'impact socio-économique des IST et du VIH/SIDA à la SODECI»

MISSIONS DU COMITE

Les missions du COSIDAS sont essentiellement orientés vers :

- ♦ La prévention
- ♦ Le renforcement des capacités
- ♦ La prise en charge des travailleurs infectés.

OBJECTIF GENERAL

Contribuer à la réduction de l'impact socio-économique des IST et du VIH/SIDA à la SODECI.

LES AXES STRATEGIQUES

- 1) Engagement et politique
- 2) Financement et partenariat
- 3) Prévention
- 4) Prendre en charge correctement les IST
- 5) Prise en charge des TTVIH (Travailleurs Vivant avec le VIH)
- 6) Coordination suivi et évaluation
- 7) Renforcement des capacités
- 8) Extension communautaire

**POLITIQUE D'ENGAGEMENT
DE LA SODECI EN MATIERE DE LUTTE
CONTRE LE VIH ET LE SIDA**

1- Reconnaissance du VIH/SIDA en tant que question liée au lieu de travail.

2- La non-discrimination

3- Egalité entre les hommes et femmes

4- Milieu du travail sain

5- Dialogue social

6- Interdiction du dépistage en vue de l'exclusion de l'emploi et du travail

7- Confidentialité

8- Maintien de la relation d'emploi

9- Prévention

10- Prise en charge et soutien

11- Attention particulière aux segments de la population de travailleurs des plus défavorisés

12- La protection juridique des travailleurs infectés par le VIH

13- Regroupement



OBJECTIF MONDIAL 2011 - 2015
" Zéro nouvelle infection liée au VIH" ,
alors mon pote,
jamais sans ta K.Pote.

Stop SIDA, Tenons la promesse

COSIDAS



GFBC **PROJET DE LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LES ENTREPRISES FORESTIERES** **gtz**

Amis forestiers, sachez que le préservatif est loin d'être ce que ses détracteurs laissent entendre ...

Parce que ...

- Porter un préservatif c'est se protéger des IST, du VIH-SIDA et des grossesses involontaires.

"Le préservatif ne donne pas de maladie."

- Les capotes vendues au Cameroun sont bien grandes. Leur taille varie entre le XL (Extra Large) et XXL (Super Large).
- Le virus du SIDA ne peut pas vivre dans la capote, il ne vit que dans le corps humain. La capote n'est pas le corps humain.
- Le prix de vente actuel des préservatifs « **PRUDENCE PLUS** » est subventionné par les bailleurs de fonds pour permettre à tous les Camerounais même les plus pauvres d'y avoir accès.

"Même les préservatifs moins chers sont de bonne qualité."



Comment se manifeste le VIH/SIDA ?

Séropositif: cela ne se voit pas.
Et comme on ne voit pas la maladie à l'œil nu, la personne infectée est apparemment bien portante mais peut transmettre le virus du SIDA à d'autres personnes sans le savoir.

Phase SIDA: cela peut se voir.
Certaines personnes présentent des signes visibles de la maladie : amaigrissement sans cause connue, fièvre prolongée, diarrhée chronique, toux chronique, zona, maladies de la peau.
"Ces signes se manifestent aussi avec des maladies autres que le SIDA. C'est pourquoi il est important de se faire dépister."

Qu'est ce que le dépistage volontaire et anonyme ?

C'est un examen de sang qui permet de savoir si on a déjà le virus du SIDA dans le sang. Il est très important de se faire dépister pour :

- Connaître son statut sérologique (savoir si on a déjà le virus du SIDA ou pas)
- Eviter de se faire contaminer à nouveau (réinfection)
- Avoir la possibilité de prendre les médicaments (Anti-Retro-Viraux/ARV) à temps ;
- Eviter de transmettre le VIH/SIDA à d'autres personnes.


Quels Conseils pour le dépistage ?

Avant le test :
Assister aux causeries éducatives organisées par les pairs éducateurs pour bénéficier des bonnes informations sur le VIH/SIDA.

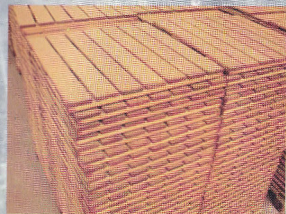
Après le test :
Retirer le résultat au cours d'un entretien avec le prescripteur, quelque soit le résultat.
N.B : si le résultat est positif, ... se rapprocher d'un médecin. Aujourd'hui si on est bien suivi on peut vivre avec le VIH, une vie normale très longue.

Où avoir la bonne information ?

Se rapprocher des Pairs Educateurs, du médecin d'entreprise, du Point Focal VIH/SIDA.
"Sida ne veut plus dire mort, il suffit de le savoir à temps ..."



PROJET DE LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LES ENTREPRISES FORESTIERES





VIH SIDA

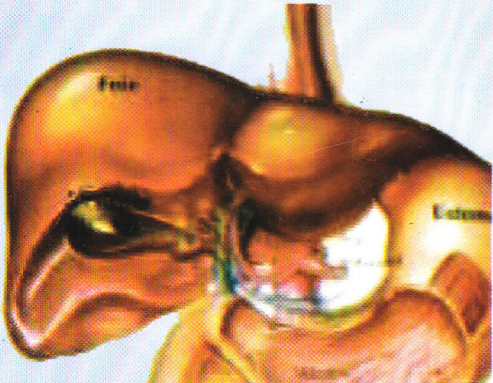
BON A SAVOIR

GFBC **gtz**


Campagne de dépistage
des maladies du foie
HEPATITE B et C

Cimencam se mobilise pour les problèmes

de Santé Publique





Les hépatites virales B et C sont les
principales causes des maladies
chroniques graves du foie
Faites -vous dépister
Faites vous Vacciner
Un traitement efficace est disponible



**Attestation de dépistage en entreprise du Centre intégré de recherches biocliniques
d'Abidjan (CIRBA)**

République de Côte d'Ivoire
Union, Discipline, Travail

CIRBA
Centre Intégré de Recherches Biocliniques d'Abidjan
Km 4, Bd de Marseille, Treichville

Attestation de dépistage en entreprise

Je soussigné Docteur Henri CHENAL, inscrit au conseil de l'ordre des médecins
sous le numéro 1293, Directeur Général du CIRBA (Centre Intégré de Recherches
Biocliniques d'Abidjan), certifie que :
Monsieur, Madame, Enfant,

Inscrit au dépistage sous le code :

CCB045

A été dépisté (e) par l'équipe du CIRBA le : 18.11/2012

Le résultat écrit est à disposition au CIRBA, KM 4 Boulevard de Marseille, en
face de CFAO technologie, à côté de la banque de sang.

Dr Henri CHENAL

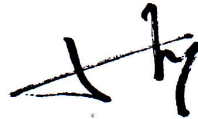


Table des matières

RESUME	7
ABSTRACT	9
REMERCIEMENTS	11
SOMMAIRE	13
ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES UTILISES	15
CARTES	17
INTRODUCTION GENERALE	19
PARTIE I: LES ENTREPRISES PRIVEES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : POSITIONNEMENT THEORIQUE, EPISTEMOLOGIQUE ET METHODOLOGIQUE	41
CHAPITRE 1. ANALYSER LA PARTICIPATION DES ENTREPRISES PRIVEES A UNE ACTION PUBLIQUE TRANSNATIONALE EN CONTEXTE AFRICAIN	43
1. L'ascension croissante des acteurs privés au sein de la gouvernance mondiale	44
1.1. L'approche participative : l'insertion du secteur privé au sein de la santé mondiale	44
1.2. L'approche responsable : l'essor de RSE	48
1.3. La gouvernance mondiale ou l'érosion croissante des frontières public/privé	53
2. La réponse des entreprises face au VIH/sida : une dynamique endogène	59
2.1. Le secteur privé victime du VIH/sida	59
2.2. Appui décisif de la communauté épistémique internationale et politisation des entreprises privées	64
3. Analyser la participation des entreprises privées à une action publique transnationale en contexte africain	72
3.1. L'articulation du public et du privé au sein des politiques africaines : des <i>politics</i> aux <i>policies</i>	72
3.2. Action publique transnationale en contexte africain contemporain : l'articulation du local au global	73
4. La politisation paradoxale des entreprises privées au sein d'une action publique locale. Proposition d'un modèle d'analyse.	78
4.1. Les entreprises privées, un « modèle » pour la santé publique ?	78
4.2. Quel « modèle » des entreprises privées en contexte africain ?	83
CONCLUSION CHAPITRE 1	92
CHAPITRE 2. METHODOLOGIE	94
1. Enquête de terrain en Côte d'Ivoire	94
1.1. D'une « catégorie vague » à une connaissance approfondie des pratiques des entreprises privées	94
1.2. Une enquête auprès de grandes entreprises privées	96
1.3. L'accès aux entreprises privées	105
1.4. Limites des données	106
1.5. Le VIH/sida : entre « confort » et « inconfort » ethnographique	108
1.6. Les institutions, acteurs et activités extérieures	109
2. Une comparaison asymétrique avec le Cameroun	111
2.1. Vers une approche comparative	111

2.2. Apports et défis de l'approche comparée	112
2.3. Une comparaison asymétrique	114
PARTIE II: POLITISATION ET « DE-DIFFERENCIATION » DES ENTREPRISES PRIVEES AU SEIN DE L'ACTION PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	123
CHAPITRE 3. LA MOBILISATION DES ENTREPRISES PRIVEES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN COTE D'IVOIRE : LOGIQUES BIOECONOMIQUES, SYMBOLIQUES ET SOCIALES	125
1. Action publique et mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire	127
1.1. Avant les ARV (1985-1997)	127
1.2. L'arrivée des ARV (1997 – 2004)	129
1.3. L'universalisation de l'accès aux ARV (2004 – 2008)	132
1.4. Une double crise économique et politique (2008 – 2014)	135
1.5. Typologie des entreprises privées	138
1.6. Bref historique de la mobilisation du secteur privé au Cameroun	139
2. Facteurs de la mobilisation du secteur privé dans le VIH/sida	140
2.1. Une rationalité bioéconomique limitée	140
2.2. Les politiques multisectorielles : un impact restreint	144
2.3. Le VIH/sida : un enjeu foncièrement social	146
2.4. L'essor des facteurs symboliques	151
2.5. Discussion : l'« isomorphisme institutionnel » des entreprises privées face au VIH/sida	157
3. Mimétisme et convergence des initiatives des entreprises privées : une approche en termes d'« isomorphisme institutionnel »	159
3.1. L'incertitude du VIH/sida	159
3.2. La question du <i>timing</i>	160
4. Du « champ du sida » au « marché du sida »	169
4.1. Forums, champs et intermédiaires	170
4.2. Activistes et professionnels du VIH/sida	173
CONCLUSION DU CHAPITRE 3	181
CHAPITRE 4. L'IMPACT DECISIF DE LA MOBILISATION COLLECTIVE SUR LES INITIATIVES PRIVEES DE SANTE. A PARTIR D'UNE COMPARAISON AVEC L'HEPATITE B.	183
1. Le VIH/sida d'hier et l'hépatite B d'aujourd'hui : similitudes, différences, continuités et ruptures	185
2. Stratégies des entreprises privées dans la prise en charge du VHB	186
2.1. Stratégies intégrées, marginales et partielles	186
2.2. Du VIH/sida à l'hépatite B: de la peur à l'indifférence	192
3. Facteurs d'un engagement pionnier mais limité des entreprises privées autour de l'hépatite B	192
3.1. Le développement du marché des hépatites virales	193
3.2. L'impact décisif de la mobilisation collective	195
CONCLUSION DU CHAPITRE 4	198
CHAPITRE 5. LA POLITISATION DES ENTREPRISES PRIVEES AU SEIN DE L'ACTION PUBLIQUE CONTRE LE VIH/SIDA : DE LA RHETORIQUE A LA PRATIQUE (COTE D'IVOIRE ET CAMEROUN)	201
1. Les entreprises privées : un acteur providentiel pour sortir de la dépendance à l'aide internationale ?	203
1.1. Un acteur convoité	205
1.2. Des mesures non contraignantes des pouvoirs publics	206
1.3. Contradictions de la rhétorique sur la contribution financière du secteur privé	210
2. Lutttes politiques : l'impossible réconciliation des champs politiques et économiques ?	216
2.1. Une lutte généralisée pour la représentation du secteur privé	217
2.2. Stratégies de courtage et « dé-différenciation » des instances de coordination du secteur privé	222
2.3. A l'articulation des dynamiques endogènes et exogènes : l'exemple des coalitions d'entreprises	226

3. La « dé-différenciation » et la standardisation des entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida	230
3.1. Les entreprises privées : un acteur plurifonctionnel	230
3.2. « Déqualification médicale » et « requalification communautaire » des entreprises privées	231
3.3. « Dé-différenciation » et standardisation des entreprises privées	234
3.4. La « verticalisation » de la lutte contre le VIH/sida en entreprises	243
 CONCLUSION DU CHAPITRE 5	 251
 CHAPITRE 6. ENTREPRISES PRIVEES, COOPERATION INTERNATIONALE ET AUTORITES PUBLIQUES NATIONALES. A PARTIR DE LA DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA EN ZONE RURALE (COTE D'IVOIRE ET CAMEROUN)	 253
1. L'insertion des entreprises agro-industrielles dans le processus de décentralisation en Côte d'Ivoire : des partenaires « efficaces » ou de second plan ?	255
1.1. Une décentralisation façonnée par le « système Pefpar » (<i>President's Emergency Plan For AIDS Relief</i>)	256
1.2. Les entreprises privées : des relais efficaces pour la décentralisation	258
1.3. La fragmentation des « citoyennetés thérapeutiques »	259
1.4. Le retour du Fonds mondial et de la Banque mondiale : une fragmentation toujours plus accrue...	263
2. Le poids du contexte national. A partir d'une comparaison entre des filiales ivoirienne et camerounaise d'une multinationale de l'agro-business	266
2.1. La décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun	267
3.1. Programmes VIH/sida de filiales ivoirienne et camerounaise d'une entreprise multinationale : le poids des contextes nationaux	271
3. Les entreprises privées au Cameroun : des médiateurs de surcroît aux « agences de contre-modèles » ?	276
3.1. Les défis de la décentralisation de la prise en charge du VIH/sida au Cameroun	276
3.2. Le secteur forestier : des « contre-modèles » de la « décentralisation 2 ^{ème} génération » en zone rurale ?	279
4. Une coordination des entreprises « par les instruments »	286
 CONCLUSION DU CHAPITRE 6	 290
 PARTIE III: « RE-DIFFERENCIER » LES ENTREPRISES PRIVEES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	 293
 CHAPITRE 7. LE DEPISTAGE DU VIH AU SEIN DES ENTREPRISES PRIVEES : ENTRE COERCITION ET GESTION DE SOI	 295
1. Entreprises privées et dépistage du VIH : contexte politique	297
1.1. Le dépistage du VIH : d'un « régime d'exception » au « régime d'efficacité »	297
1.2. Politiques de dépistage en Côte d'Ivoire	300
1.3. Les entreprises privées : une « micro-scène » de l'offre nationale du dépistage du VIH	303
1.4. Le dépistage du VIH en entreprises : une réglementation floue et non contraignante	304
2. Le dispositif du pouvoir médical en entreprises : un dispositif coercitif ?	306
2.1. Une médecine hybride : santé publique, santé clinique et santé au travail	307
2.2. Les ressources individuelles et symboliques	311
2.3. Les ressources organisationnelles : un lieu de captivité	313
2.4. Les ressources réglementaires	322
2.5. L'auto-régulation de la « tentative coercitive »	330
3. La verticalisation du dépistage : l'illusion d'une alternative ?	334
3.1. Les trois modèles de dépistage et de prise en charge du VIH/sida	335
3.2. L'importation des normes internationales de dépistage au sein des entreprises privées	336
3.3. Le contrôle social exercé par les pairs	345
3.4. Marges d'autonomie du personnel qualifié et stratégies d'évitement du dépistage en entreprises : les limites d'un système	353
 CONCLUSION DU CHAPITRE 7	 358

CHAPITRE 8. LES GRANDES ENTREPRISES PRIVEES : UN ACTEUR SCHIZOPHRENE ? DES PROGRAMMES VIH/SIDA A L'ARTICULATION DES LOGIQUES LOCALES, GLOBALES, MORALES ET NEOLIBERALES	362
1. Le périmètre de responsabilité des entreprises	366
1.1. <i>Insiders et outsiders</i>	367
1.2. L'entreprise dans la cité : une ouverture relative	369
1.3. Les paradoxes de la rencontre de l'acteur local et néolibéral/managérial. L'exemple de l'entreprise n°18	370
2. De l'exploitation locale à la compassion globale. A partir de l'exemple de l'entreprise n°7	372
2.1. L' <i>acteur managérial</i> : l'exploitation d'une force de travail précaire	374
2.2. L' <i>acteur néolibéral</i> : ressentiments et résistances passives des travailleurs	375
2.3. L' <i>acteur local</i>	376
2.4. La greffe de l' <i>acteur responsable</i>	379
3. Le pouvoir des entreprises privées dans la gouvernance locale de la santé	380
3.1. « Désintégration verticale du travail » : rencontre de l'acteur néolibéral avec l'acteur local	381
3.2. Des « citoyennetés différenciées ou « graduées »	382
3.3. Le pouvoir des pôles oligopolistiques en matière de santé et sécurité au travail	383
4. Du local au national : des assurances santé privées à la couverture maladie universelle ?	385
4.1. L'essor des assurances maladie en entreprises : le levier d'appui du VIH/Sida	385
4.2. Les entreprises privées : un levier dans l'essor de la protection sociale nationale ?	388
4.3. Un apport de proximité : les entreprises privées et la recomposition de la « redistribution communautaire »	391
5. Une éthique de la compassion comme garde-fou des forces globales du marché ?	393
5.1. L'exemple de l'entreprise multinationale Shell	394
5.2. De la lumière à l'ombre d'une entreprise multinationale pétrolière	395
5.3. L'instrumentalisation de l'éthique de la compassion	396
CONCLUSION DU CHAPITRE 8	398
CONCLUSION GENERALE	402
BIBLIOGRAPHIE	414
LEXIQUE	444
LISTE DES ENCADRES	446
LISTE DES SCHEMAS	448
LISTE DES TABLEAUX	450
LISTE DES FIGURES	452
LISTE DES GRAPHIQUES	454
LISTE DES CARTES	456
ANNEXES	457
ANNEXE 1. RECHERCHE	459
ANNEXE 2. COTE D'IVOIRE ET VIH/SIDA	465
ANNEXE 3. REGLEMENTATION RELATIVE A LA SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL (COTE D'IVOIRE)	471
ANNEXE 4. VIH/SIDA ET ENTREPRISES PRIVEES	481

Les entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : un acteur comme les autres ?

A la fin des années 1990, en Afrique subsaharienne, des grandes entreprises privées mettent en œuvre des programmes pionniers d'accès aux antirétroviraux (ARV) pour leurs employés. A partir des années 2000, elles sont invitées à poursuivre leurs efforts et à devenir des partenaires de cette action publique, de la prévention et de la prise en charge thérapeutique. Dans ce contexte, elles interviennent aux côtés d'autres acteurs : Etats, organisations internationales, organisations non gouvernementales (ONG), réseaux de professionnels de santé et associations. Ces initiatives des entreprises privées sont communément relatées comme des stratégies rationnelles de préservation du « capital humain » et de la productivité des entreprises. Cette thèse de sociologie politique vise à explorer l'articulation des logiques bioéconomiques, politiques, sociales et symboliques qui ont été au cœur de la mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Les modalités et les effets de cette « publicisation » inédite d'un acteur privé lucratif au sein d'une action publique de santé sont explorés à un niveau local. Cette recherche s'appuie sur une enquête qualitative conduite en Côte d'Ivoire auprès des acteurs de 30 entreprises privées. Des entretiens ont été réalisés avec des membres du personnel médical des entreprises, des cadres, des employés vivant avec le VIH, des responsables de politiques publiques, professionnels de santé et acteurs associatifs. Une comparaison asymétrique avec le Cameroun a également été opérée afin de confirmer et de nuancer les hypothèses de recherche. La mobilisation des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida est portée par une rhétorique mondiale, laquelle promeut la synergie des partenariats public-privés. En proposant une sociologie politique de l'action publique au prisme des entreprises privées, cette recherche met en évidence les paradoxes des politiques multisectorielles. Elle montre la manière dont la politisation d'une action publique tend à « dé-différencier » les entreprises privées des autres acteurs, c'est-à-dire à gommer leurs spécificités (rôle de modèle, lieu de production de vulnérabilités, accès à la santé différencié).

Private companies and public action engagement in the struggle against HIV/AIDS in Ivory Coast: An actor like the rest?

By the end of the 1990s in sub-Saharan Africa, huge companies in the private sector commenced the implementation of antiretroviral therapy (ART) programmes for the benefit of their employees. From the early 2000s, these companies have been invited to pursue efforts to also engage as partners in prevention and treatment policies, alongside other diverse actors: states, international organisations, NGOs, health professionals, civil society, etc. These private initiatives are usually reported as rational strategies aimed at preserving the “human capital” and productivity of the organisations. Approaching this study from a political sociology perspective, this PhD dissertation analyses the interaction of the bioeconomic, political, social and symbolic rationales that have underpinned the mobilisation of private companies in the struggle against HIV/AIDS in Ivory Coast. This research also explores the modalities and effects of this unprecedented “publicisation” of a private actor within the context of wider public health action at a local level. This study is supported by qualitative investigation conducted among 30 private companies in Ivory Coast. In addition, series of in-depth interviews were conducted with various actors involved in the HIV/AIDS sector (international organisations, the government, physicians, employees living with HIV/AIDS, civil society, etc.). Furthermore, an asymmetrical comparison with Cameroon has benefited this research by helping to confirm and refine the hypothesis. Global rhetoric advocating the synergy of public-private partnership has indeed supported the mobilisation of private companies in the fight against HIV/AIDS. By examining public action in regard to private companies, this research highlights the paradoxes of multisectoral policies. It demonstrates how these private actors, through the dynamics of politicisation, tend to be “de-differentiated” from other actors, thereby erasing their characteristics (social model, employee vulnerabilities, differentiated access to public health).