

Le rôle des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : des vecteurs d'une utopie sociale aux partenaires d'une action publique

Anne Bekelynck

Numéro 72, automne 2014

Utopies économiques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1027210ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1027210ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bekelynck, A. (2014). Le rôle des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : des vecteurs d'une utopie sociale aux partenaires d'une action publique. *Lien social et Politiques*, (72), 129–149. <https://doi.org/10.7202/1027210ar>

Résumé de l'article

En Côte d'Ivoire, certaines grandes entreprises privées ont mis sur pied, dès la fin des années 1990, des programmes d'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) pour leurs salariés. L'article se propose d'analyser les frontières de la politisation de ces initiatives privées dans la lutte contre le VIH/sida. Si la prise en charge de la santé des travailleurs par les entreprises privées n'est pas nouvelle en Afrique, le VIH/sida a introduit une rupture. L'intervention massive de la coopération internationale autour de cette épidémie a enjoint aux États d'intégrer de manière inédite le secteur privé dans les politiques nationales, tout en créant un « marché du sida » local, et en procurant un fort écho médiatique à des entreprises soucieuses de développer leur capital symbolique. Si les entreprises privées ont pu jouer un rôle décisif dans la promotion de l'« utopie » de l'accès aux ARV dans le Sud aux débuts de l'épidémie, leur inclusion inédite au sein d'une action publique a dilué leur rôle et leur pouvoir de transgression sociale.

Le rôle des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : des vecteurs d'une utopie sociale aux partenaires d'une action publique

ANNE BEKELYNCK
Centre Population et Développement
(CEPED)
UMR 196 (Université Paris
Descartes/Ined/IRD)
Agence nationale de recherches sur
le VIH/sida et les hépatites (ANRS)
12242

En 1996, l'arrivée des multithérapies antirétrovirales (ARV) change les cartes du débat public qui animait les politiques de lutte contre le VIH/sida dans le monde. Alors que durant les deux premières décennies de l'épidémie, les stratégies étaient essentiellement axées sur la prévention et le soin des infections opportunistes, les ARV permettent désormais de pallier ces morts foudroyantes et de maintenir en vie les personnes infectées. Cependant, le coût extrêmement élevé de ces traitements exclut *de facto* la possibilité de les diffuser sur le continent africain, où l'essentiel des malades se situe, alors que les réponses des pouvoirs publics sont encore faibles (Dozon et Fassin, 1989). C'est dans ce contexte que certaines grandes entreprises privées implantées en Afrique subsaharienne (Anglo American, Unilever, Heineken, Lafarge, Compagnie ivoirienne d'électricité [CIE], Industrial Promotion Services [IPS] ou Alucam) mettent sur pied des programmes pionniers d'accès aux ARV auprès de leurs salariés et représentent l'un des premiers lieux de diffusion des traitements. Ces entreprises participent ainsi à l'« universalisation rapide » (Dodier, 2003) de l'accès aux ARV dans les pays du Sud, aux côtés de certains activistes qui cherchaient, parallèlement, à en démontrer la faisabilité par la voie des essais cliniques (Msellatti *et al.*, 2001). Elles contribuent ainsi à promouvoir l'« utopie » de ces militants et à transgresser un ordre social défendu par les promoteurs d'un « universalisme progressif ». En effet, elles concourent non seulement à démontrer que les résistances ambiantes sur la possibilité de donner l'accès à ces médicaments aux africains sont infondées (Desclaux *et al.*, 2002), mais elles font également

pression sur certains pouvoirs publics nationaux pour qu'ils inscrivent cet enjeu à l'agenda politique.

Dès la fin des années 1990, le VIH/sida bénéficie d'une exceptionnelle mobilisation internationale. La pression exercée sur les compagnies pharmaceutiques et la création de mécanismes de financement massifs (le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme [FM] en 2002, le *President's Emergency Plan for AIDS's Relief* [PEPFAR] en 2003 et l'UNITAID en 2006), aboutissent, en un temps record, à l'instauration de la gratuité des ARV dans la plupart des pays africains. Aujourd'hui 9,7 millions de personnes dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires sont sous traitement ARV¹. Dans ce contexte, alors que les entreprises privées sont relayées par un ensemble d'acteurs publics et privés (État, organisations de coopération internationale, organisations non gouvernementales [ONG], associations, etc.), elles sont néanmoins encouragées à maintenir et à accroître leur mobilisation. Dans le cadre de politiques « multi-sectorielles » prônées par la Banque mondiale (BM), des mécanismes sont mis en œuvre pour les intégrer, et ce, de manière inédite, dans une action publique de santé locale. De vecteurs d'une utopie sociale, elles sont appelées à devenir des partenaires d'une action publique.

L'implication des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida a essentiellement été abordée dans la littérature à partir des expériences d'Afrique australe, d'un point de vue de santé publique. Selon cette approche, les entreprises représentent un lieu privilégié d'expérimentation et d'évaluation de stratégies de prévention et de prise en charge du VIH/sida (Stenson *et al.*, 2005 ; Van der Borgh *et al.*, 2009), qu'il s'agit d'encourager (Rosen *et al.*, 2003 ; Coates *et al.*, 2007). Certaines études anthropologiques mettent en lumière, en contrepoint, la vulnérabilité et la dépendance des salariés face à leurs employeurs (Hayem, 2005). Au niveau international, le processus de l'insertion progressive des entreprises privées dans la gouvernance mondiale de la santé a été analysé (Guilbaud, 2012). Cependant, l'analyse politique de l'intégration des entreprises privées dans une action publique nationale n'a pas encore été effectuée.

Les politiques publiques de lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne se définissent comme une « action publique » (Eboko *et al.*, 2005), c'est-à-dire qu'elles se caractérisent par la diversité des acteurs en présence, parmi lesquels l'« État régulateur » devient un acteur parmi d'autres (Hassenteufel, 2007). La légitimité étatique à prendre en charge la santé de ses populations est ainsi remise en cause, tant par l'interventionnisme de la coopération internationale (Nguyen, 2010), que par les acteurs privés. En effet, au cours des années 2000, le mouvement de promotion de la responsabilité sociale des entreprises (RSE) s'est développé et a incité ces acteurs à s'investir dans des domaines d'action

1. Cf. site de l'OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>, consulté le 8 mai 2014

traditionnellement régis par l'État (Capron et Quairel, 2007). Ainsi, les stratégies des entreprises privées, tout en étant guidées par leurs propres intérêts, normes, pratiques et représentations, sont également influencées par cet environnement complexe (Bernoux, 1995).

Le présent article se propose d'analyser les « frontières de la politisation » des initiatives sida des entreprises privées. Il se base sur une enquête de terrain qualitative effectuée en Côte d'Ivoire (12 mois) auprès de 28 entreprises privées ainsi que des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida². En allant au-delà de l'idée communément admise selon laquelle les entreprises privées agissent soit pour préserver la santé de leur main-d'œuvre, soit par considération éthique, il s'agit d'analyser l'articulation des différentes logiques en présence. Il s'agira, dans un premier temps, de montrer le contexte dans lequel les entreprises privées ont pu devenir l'un des vecteurs de l'utopie de l'accès aux ARV en Afrique subsaharienne. Dans un second temps, il s'agira d'analyser les limites et les obstacles de leur « politisation », c'est-à-dire de leur intégration au sein d'une action publique, et de la tentative de transformation des entreprises en « partenaires » d'une action publique locale.

Le contexte de la Côte d'Ivoire est à cet égard révélateur des différentes logiques qui sous-tendent l'implication du secteur privé et de ses ambivalences. À la différence des contextes d'Afrique australe où l'épidémie est massive (prévalence supérieure à 15%), la prévalence du VIH/sida y est relativement modérée (3,7% en 2012) (EDS 2012). Pour autant, la Côte d'Ivoire a longtemps été le pays d'Afrique de l'Ouest le plus touché. Par ailleurs, de nombreuses grandes entreprises privées sont implantées localement. Une dizaine d'entre elles (la Compagnie ivoirienne d'électricité [CIE], la Société de distribution de l'eau de Côte d'Ivoire [SODECI], le groupe IPS/Filtistac, le Port autonome d'Abidjan [PAA], l'Agence nationale de développement rural [Anader], etc.) ont mis sur pied des programmes d'accès aux ARV à partir de 1998, au moment où les coûts de traitement du sida s'élevaient jusqu'à 400 euros par patient et par mois. Enfin, la Côte d'Ivoire a été l'un des pôles de la lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne à la fin des années 1990. En 1997, elle a accueilli la très

2. Cet article se base sur une enquête de terrain en Côte d'Ivoire (3 missions de 12 mois au total), suivant une méthodologie de sociologie qualitative, auprès d'acteurs issus de 28 entreprises privées (médecins d'entreprises, DRH, travailleurs), ainsi que d'organisations impliquées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida (organisations gouvernementales, structures de santé, organisations internationales, ONG, associations, coalitions d'entreprises, syndicats, etc.). Les entreprises représentées sont de grandes entreprises privées (à l'exclusion des petites et moyennes entreprises [PME]), regroupant des entreprises aux secteurs d'activités (I, II et III) et aux statuts (firmes multinationales, anciennes entreprises publiques/parapubliques privatisées) historiques dans le VIH/sida (pionnières et plus récentes), dont le critère d'inclusion est d'avoir mis en œuvre un programme d'action. La participation à des réunions, séminaires et formations a complété ces données. Pour des raisons de confidentialité, les noms des entreprises ne sont pas mentionnés dans le présent article.

médiatisée X^e 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 », essai clinique destiné à démontrer la faisabilité de la prise en charge des patients infectés par le VIH/sida par les ARV au Sud.

LES CONDITIONS DE POSSIBILITÉ D'UNE UTOPIE SOCIALE

La santé en entreprises : une tradition de « santé publique en miniature »

En Afrique subsaharienne, la prise en charge de la santé des travailleurs à des fins productives est issue de pratiques datant de l'époque coloniale. Ainsi, la fièvre jaune, (Echenberg, 2006), le paludisme (Malowani, 2006), ou d'autres pathologies ont été un obstacle majeur à l'exploitation coloniale, non seulement par leur impact sur la main-d'œuvre locale, mais également par leur effet dissuasif auprès d'éventuels colons, qui ne souhaitaient pas se risquer dans la région du monde que l'on rebaptisait « le tombeau de l'homme blanc » (Bado, 2006). Dans le contexte colonial et post colonial, les entreprises ont été amenées à prendre en charge la santé de leurs travailleurs et à se substituer à un État incapable de maîtriser l'étendue de son territoire (Hibou, 1998) et de faire fonctionner le modèle importé de l'État keynésien. Cette situation fait écho à celle des sociétés occidentales aux débuts de la révolution industrielle (fin XVIII^e et début XIX^e siècles), au sein desquelles certaines entreprises industrielles ont développé des stratégies de « patronage volontaire » (ou « paternalistes ») dans les domaines sociaux, afin de faire face aux phénomènes d'urbanisation, de mobilité sociale, de concentration de la force de travail et de destruction de solidarités traditionnelles (famille, religion), non pris en charge par la régulation publique (Hommel, 2006).

Aujourd'hui, la médecine d'entreprise en Côte d'Ivoire tend à se développer : la création d'un Certificat d'études spécialisé en santé au travail en 1999 ainsi que la fondation d'une Société ivoirienne de médecine du travail (SIMT) attestent de cette évolution. Cependant, la médecine demeure essentiellement curative, dans un rôle de substitution à des fonctions étatiques. Lors d'un entretien, le chef de département de la médecine du travail déclarait ainsi : « l'entreprise, la santé au travail, c'est la santé publique en miniature ! », en complétant : « nous, en tant que médecin du travail, on concentre tout ! Maintenant, il faut avoir le temps de planifier toutes les activités, de façon à ne pas se transformer en médecin de santé publique uniquement pour les travailleurs, mais d'être réellement un médecin du travail, qui fait également du curatif, mais qui n'en fait pas à 90% ! ». La prise en charge du VIH/sida se situe donc dans la continuité de cette tradition de médecine coloniale et post-coloniale, de substitution des entreprises à l'État.

En Côte d'Ivoire, le VIH/Sida a introduit une rupture dans la gestion de la santé en entreprises. D'une part, la situation épidémiologique « intermédiaire » de ce pays n'était pas suffisante pour créer à elle seule l'électrochoc d'une mobilisation du secteur privé. D'autre part, c'est l'intense mobilisation collective autour du VIH/sida qui a servi de catalyseur dans l'identification et dans la réponse des entreprises privées face à ce problème sanitaire. En ligne de fond, c'est tout le pouvoir symbolique de cette maladie qui lui a permis de bénéficier d'une attention particulière.

L'impact relatif du VIH/sida sur les entreprises de Côte d'Ivoire

L'analyse des entretiens réalisés avec des acteurs qui ont participé à la mise en place des premiers programmes d'accès aux traitements en entreprises, révèle que ceux-ci étaient justifiés, non pas tant par l'impact direct du VIH/sida sur la productivité, que par un ensemble de raisons extérieures : préoccupations sociales et directives du groupe, statistiques nationales alarmantes, exemples d'autres entreprises, ou politiques multisectorielles. Par exemple, au sein d'une filiale d'un groupe multinational présent dans d'autres pays d'Afrique australe, et dont le programme VIH/sida a été impulsé par sa direction générale, le médecin d'entreprise déclarait : « Je suis arrivé en 2002, je n'ai pas cherché à savoir qui était malade, qui n'était pas malade. Je veux dire que ce n'est pas une question qu'on ne se pose pas, mais faut pas attendre non plus d'avoir des cas avant de commencer une action de prévention. » Au cours des années 1990, si le caractère brutal et foudroyant du VIH/sida rendait visible et spectaculaire la morbidité des salariés infectés, certains acteurs interrogés considèrent que cette maladie constituait, certes, un problème de morbidité, mais non de productivité, à la différence d'autres pathologies comme le paludisme. Aussi, la méconnaissance de cette nouvelle pathologie conjuguée à la surestimation de sa prévalence (estimée à 10 % en 2000 pour être réévaluée a posteriori à 6,6 %), a contribué à alimenter une psychose et à faire du VIH/sida une maladie à part.

Le contexte épidémiologique « intermédiaire » de la Côte d'Ivoire relativise la part accordée à la préservation du capital humain dans les stratégies des entreprises. Par exemple, la grande compagnie minière l'Anglo American, qui est essentiellement implantée en Afrique du Sud, estimait que 24 000 de ses 126 000 salariés étaient infectés par le VIH, selon un taux de prévalence de 21 % (en 2006) (Brink et Pienaar, 2007). Ces entreprises minières ont également la particularité d'être composées de différents sites enclavés en zone rurale, et qui regroupent une forte population migrante, dont la vie et la santé dépendent entièrement de l'entreprise (Hayem, 2004). En Côte d'Ivoire, c'est dans la capitale, Abidjan, que l'épidémie s'est longtemps concentrée. Ainsi, les entreprises agroalimentaires, implantées dans des zones rurales enclavées, étaient

moins confrontées à cette épidémie. De la même manière, à Abidjan, les petites et moyennes entreprises (PME) et les grandes entreprises qui employaient peu d'individus (banques, télécommunications, pétrole) n'étaient pas touchées de manière massive. Ainsi, ce sont les entreprises du secteur industriel, avec une masse salariale relativement importante (supérieure à 1000 salariés), et dont les activités étaient concentrées à Abidjan, qui ont mis en place les premiers programmes d'accès aux ARV. Ces initiatives n'étaient pas pour autant automatiques.

En effet, au sein même de ces entreprises, l'identification du VIH/sida comme d'un *problème* pour l'entreprise dépendait de la présence et des compétences du médecin d'entreprise. À l'époque, rares étaient les médecins formés au VIH/sida et capables de diagnostiquer les cas. C'est ainsi que le médecin d'une entreprise privée, qui y avait été engagé en 2001, après avoir suivi une formation au Service des maladies infectieuses de Treichville, 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!»

L'impact décisif des professionnels, experts et activistes du VIH/sida

Les enquêtes de terrain ont montré que c'est la présence, dès les années 1990, d'un ensemble d'acteurs extérieurs aux entreprises (professionnels de santé, activistes, scientifiques, experts) et issus d'un «marché du sida émergent» (Delaunay, 1999), qui a joué un rôle décisif dans la mobilisation du secteur privé. En effet, ce sont ces différents acteurs qui ont permis d'identifier le VIH/sida comme un véritable *problème* pour le secteur privé et de proposer des solutions.

Très tôt, certains individus engagés dans le VIH/sida ont perçu les entreprises privées comme un acteur stratégique. Trois enjeux majeurs ont cristallisé leur attention : la défense des droits des travailleurs, la promotion de la santé publique et leur apport financier potentiel. En premier lieu, la révélation de pratiques discriminatoires, et notamment de dépistage à l'insu des travailleurs, et de licenciements abusifs dans les années 1990 (Aventin, 1997) a conduit les activistes du VIH/sida à sensibiliser les chefs d'entreprises et à les inciter à élaborer des stratégies VIH/sida non plus réactives et exclusives, mais proactives et inclusives, de prévention et de prise en charge. En second lieu, en raison de leurs ressources financières et de la «captivité» de leurs salariés, elles représentaient un lieu stratégique afin de mettre en place des programmes d'accès aux ARV. Elles constituaient un relais d'appui aux pouvoirs publics ivoiriens «dans la vraie vie», hors des essais cliniques. Enfin, les ressources financières des entreprises privées ont attiré un ensemble d'acteurs qui avaient pour objectif de développer le «marché» de la santé en entreprises (médecins, laboratoires privés, entreprises pharmaceutiques, assurances). Dans un contexte marqué

par l'insuffisance et la dépendance à l'aide internationale aléatoire, certaines associations ou organisations gouvernementales ont développé des activités de prévention et de formation auprès des entreprises privées, en complément de leurs ressources générées par les projets financés par les bailleurs.

Ainsi, la prise en compte de ce problème par les entreprises a été rendue possible par le travail des « intermédiaires » (Nay et Smith, 2002). Ces acteurs ont permis de faire le lien entre le monde de la santé publique et celui des entreprises privées, deux espaces aux règles, procédures, savoirs et représentations différentes (Nay et Smith, 2002 : 12). Tandis qu'au sein des entreprises privées, la santé représentait un enjeu marginal, ces « entrepreneurs du sida » (généralement des médecins du public ou du privé), sont parvenus, à l'aide d'arguments intelligibles pour les entreprises privées (coût/efficacité, bénéfiques en matière d'image, cohésion sociale), à convaincre leurs chefs de s'engager dans des programmes de santé publique, tout en se proposant d'être leurs prestataires de services pour la mise en œuvre. Ces acteurs « multi-positionnés » se sont appuyés sur des réseaux transnationaux (conférences internationales sur le VIH/sida, structures de santé, *Global Business Coalition* (GBC), Sida Entreprises, etc.) qui leur ont fourni les « preuves » du caractère coût-efficace de programmes VIH/sida, des appuis techniques, ainsi qu'une légitimité dont manquait la plupart des médecins d'entreprises.

*De l'entreprise coupable à l'entreprise modèle :
l'impact décisif du pouvoir symbolique du VIH/sida*

Si la santé des salariés était l'une des motivations des chefs d'entreprises qui adhéraient à ces programmes, la portée médiatique et le pouvoir symbolique du VIH/sida ont joué un rôle fondamental. En étant un enjeu à la fois transnational et dramatique, le sida disposait d'un fort potentiel pour atteindre l'opinion publique mondiale. Or, l'expansion de l'épidémie du VIH/sida a coïncidé avec le développement des courants promouvant la responsabilité sociale des entreprises (RSE) et l'éthique économique. Face à des entreprises privées en quête de « re-légitimation » (Hommel, 2006), le VIH/sida était dès lors un objet de choix.

Au niveau local, l'engagement explicite des entreprises privées dans ce domaine était pourtant, à l'origine, loin d'être évident. Les pratiques de dépistage à l'insu des travailleurs à des fins de licenciement étaient courantes, et furent dévoilées publiquement au cours de l'« affaire SIR. Alors que la problématique du VIH/Sida était un fardeau pour les entreprises, leur engagement public leur a permis de se démarquer de ces anciennes pratiques. Elles ont ainsi opéré une forme de transmutation de leur rôle, tout en valorisant leur image,

tant auprès de leurs salariés que des acteurs extérieurs»³. Les entreprises privées sont ainsi passées du statut de coupable au statut de modèle.

L'exemple de la Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE) est emblématique du potentiel de conversion de leurs initiatives de lutte contre le VIH/sida en capital symbolique. Cette ancienne entreprise parapublique d'électricité, concédée au groupe Bouygues en 1990, s'est ainsi rapidement positionnée comme *leader* dans le domaine du VIH/sida et a acquis une notoriété internationale. L'étude scientifique menée par l'équipe du professeur Serge Eholié, démontrant le rapport coût-efficacité d'un programme de financement des ARV en leur sein et publiée en 2003 (Eholié *et al.*, 2003), lui a conféré une forte visibilité dans les «forums» scientifiques internationaux (publications, conférences⁴). Cette entreprise s'est ainsi érigée en modèle de «bonnes pratiques» auprès des forums d'action publique internationale (OIT, 2002 ; Kerouedan 2004 ; GBC *et al.*, 2004 ; GTZ et GBC, 2005). Son expérience a été également relayée auprès de l'opinion publique par les médias internationaux⁵. D'autres stratégies de communication ont été élaborées au niveau plus local, telles que la diffusion de messages de prévention sur les factures d'électricité à l'attention de leur clientèle.

Des logiques en tension

Les entreprises privées ont ainsi construit leur réponse au VIH/sida, non pas de manière endogène, en fonction d'une rationalité coût-bénéfice directe. Elles y ont été incitées par un ensemble d'acteurs internationaux et nationaux, publics et privés. Nous distinguons trois types de pressions exogènes à leur mobilisation : l'intervention massive de la coopération internationale, l'autorité étatique, et les pressions relatives au secteur privé (néolibéralisme et RSE). En fonction de l'intensité et de la nature de ces pressions, ces entreprises ont ainsi élaboré des stratégies, que nous distinguons ici selon deux types de finalités. Celles «bioéconomiques» et directes, qui ont pour objectif la préservation effective de leur capital humain et qui se situent dans une approche néolibérale de promotion de

3. C. Etou, «Le personnel veut la tête du DG». *La Voie* n° 982, 3 janvier 1995, p. 5 ; S. Fofana, «Les employés demandent le départ de Daouda Thiam», *Le Jour*, n° 20, 5 janvier 1995, p. 9.

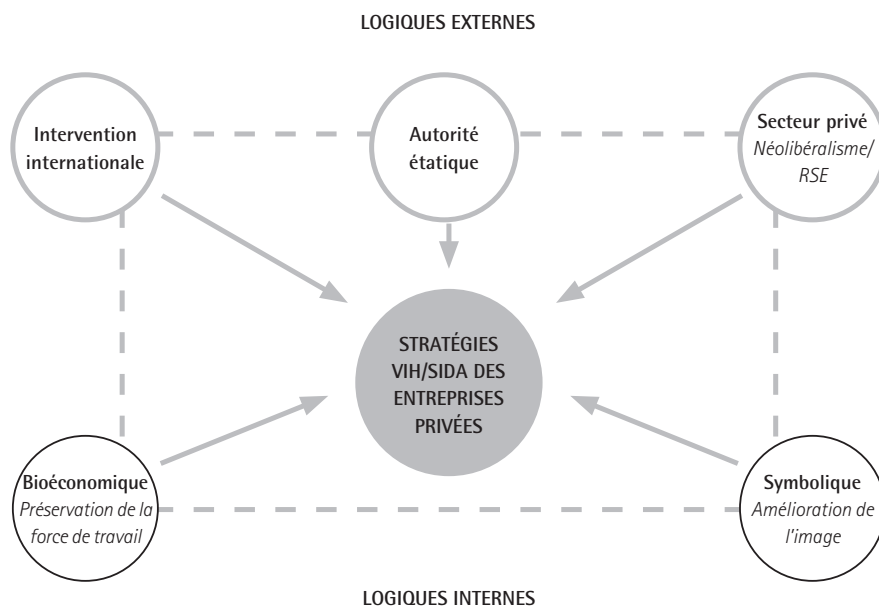
4. 2^e Conférence de la Société Internationale de Sida (IAS) à Paris, 13-17 juillet 2003.

5. 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.

ce « capital humain »⁶ (Foucault, 2004), et celles « symboliques »⁷ et indirectes, qui visent l'amélioration de leur image (Cf. Schéma 1).

Schéma 1.

Logiques internes et externes des stratégies VIH/sida des entreprises privées en Côte d'Ivoire



Source : Anne Bekelync

6. Bien que le concept de « bioéconomie » n'ait pas été directement utilisé par Foucault, nous nous proposons de le définir comme « la gestion du capital humain afin d'améliorer la productivité ». Nous n'adoptons pas le sens de la conception actuelle de la « bioéconomie », c'est-à-dire de l'approche 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. Au contraire, nous appréhendons la « bioéconomie » comme l'expression directe du néolibéralisme, en tant que gestion économique du vivant inspirée par la théorie du capital humain, au fondement de la « biopolitique » (Foucault, 2004).
7. 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) *Raisons pratiques*, Seuil, 1994, p. 161.

Cependant, à partir de 2004, avec l'intensification de l'intervention internationale en Côte d'Ivoire – notamment avec l'arrivée du PEPFAR⁸ –, les enjeux liés au VIH/sida en entreprise se transforment radicalement. D'un côté, la raison première de leur engagement perd de son acuité avec la diminution substantielle du coût des ARV en 2004 qui aboutit à leur gratuité en 2008. Le financement massif des structures de santé, par l'appui technique et matériel d'ONG internationales, permet de généraliser l'accès aux ARV et d'amorcer la décentralisation de la prise en charge. Le volet préventif est quant à lui assuré par des associations ou des ONG locales bénéficiant de fonds importants. Dans ce contexte, un certain « effet d'éviction » touche les entreprises, dont l'intérêt à s'engager diminue. Cependant, les injonctions internationales qui accompagnent ces financements massifs prônent des politiques multisectorielles, au sein desquelles tous les acteurs des sociétés concernées sont appelés à joindre leurs forces à la bataille – entreprises incluses. Leur implication devient dès lors politisée. De précurseurs indépendants, elles sont amenées à devenir des partenaires sociaux. Elles sont formellement intégrées dans les politiques nationales, tout en bénéficiant d'incitations ponctuelles d'acteurs de la coopération internationale (co-investissement, appui technique et matériel). Cependant, les limites de leur intégration politique effective tendent à questionner la possibilité pour les entreprises, au-delà du rôle de levier d'appui, de devenir un véritable co-acteur de l'action publique.

POLITISATION DES ENTREPRISES PRIVÉES DANS
LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Une autorité étatique formelle

Alors que les organisations internationales ont incité les autorités nationales ivoiriennes à intégrer les entreprises privées au sein de leurs cadres institutionnels nationaux, cette participation est restée, de manière courante en Afrique subsaharienne, purement formelle (Darbon, 2008 ; Olivier de Sardan, 2004). Par exemple, une « cellule focale tripartite de lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail » avait été créée au sein du ministère de la Fonction publique, de l'Emploi et de la Réforme administrative en 2003, inspirée par l'Organisation internationale du travail (OIT)⁹. Son objectif était de mettre en œuvre un plan d'action de lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail. Or, mis à part la tenue de quelques réunions, cette cellule n'a depuis lors jamais fonctionné. Par

8. L'aide bilatérale américaine (PEPFAR) représente 74 % de l'aide extérieure dédiée au VIH/sida, qui représente elle-même 87 % du budget global national VIH/sida (UNGASS 2010). Cette aide permet le financement d'intenses programmes de formation du personnel médical, de soutien aux organisations de la société civile et de subvention des ARV.

9. Cf. Arrêté n° 3139 du 11 avril 2003 portant création de la « cellule focale tripartite de lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail »

ailleurs, au sein même des politiques nationales, les entreprises privées sont intégrées plus par formalisme, afin de répondre aux injonctions des bailleurs, que par intérêt réel. C'est ainsi que le Fonds mondial, en étant créé sous la forme d'un partenariat public-privé (PPP), conditionne fortement l'inclusion du secteur privé pour l'allocation de certains financements, ce qu'ont déploré certains acteurs représentant les entreprises privées¹⁰.

De manière plus structurelle, les entreprises privées évoluent à la marge des systèmes de régulation nationaux. Par exemple, au niveau du suivi et de l'évaluation, 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 salariés sont recensées à la Caisse nationale de prévoyance santé (CNPS). À propos de la transmission des statistiques de leurs activités aux services de l'État, 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. Ça n'a rien changé, il n'y a pas eu de suivi, comme toujours ! ». Il concluait alors sur la collaboration avec l'État : « Ça nous apporte quoi ? Rien du tout ! »

Au niveau du contrôle, les activités sanitaires pâtiennent du nombre très limité de médecins inspecteurs du travail et de leur corruption. Le cas d'une entreprise industrielle de 650 salariés, basée dans une zone industrielle d'Abidjan est à cet égard révélateur. L'usine de cette entreprise fonctionne 24 h/24, avec une infirmerie fermée la nuit. L'entreprise n'effectue aucune visite médicale, que ce soit au moment de l'embauche ou dans le cadre des visites réglementaires annuelles. Alors que ces pratiques violent le code de la santé du travail (1967), l'infirmier de l'entreprise avouait son impuissance face au médecin vacataire, à la direction générale et à l'État. À propos des inspecteurs du travail, il dénonçait : « Eux-mêmes, ils sont corrompus ! On dit : "y a tel truc qui n'est pas bien, il faut améliorer". Il dit : "viens on va se parler, viens dans mon bureau !" Des pots de vin... Ils ne savent pas qu'ils font du mal aux travailleurs ». En l'absence de contre-pouvoir étatique, les entreprises privées exercent un pouvoir d'action et d'inaction considérable sur la santé des travailleurs.

Du côté des entreprises privées, celles-ci ont fait le choix de rester à la marge de ces processus politiques. En effet, selon des acteurs issus de ce secteur, la collaboration avec le secteur public est semée d'obstacles, tant au niveau de son fonctionnement et de ses normes (caractère chronophage des processus

10. Par l'instauration des procédures « *dual tracks* » en 2008, le FM a cherché à favoriser le secteur privé (productif ou non) à être récipiendaire principal, sans passer par le gouvernement, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des *rounds*. C'est ainsi que dans le cadre de son 10^e round, 79% des propositions financées par le FM dans le monde avaient une composante « secteur privé ».

décisionnels, complexité et spécificité de la production des demandes de financement, des rapports d'activité, apprentissage de la mise en conformité des indicateurs) que de ses acteurs qu'ils perçoivent comme intéressés, inutiles, voire illégitimes. De plus, le caractère marginal du VIH/sida au sein des entreprises ne les presse pas à dépasser ces obstacles.

*Limites d'une régulation issue de la mobilisation
collective internationale*

Si les entreprises privées ont échappé aux systèmes de régulation formels de l'action publique de lutte contre le VIH/sida (cadres de concertation, de coordination, de réglementation, de contrôle, de suivi et d'évaluation), ce qui est inédit ici, c'est qu'elles se soustraient également aux mécanismes informels. Dans le cadre d'une politique dépendante à 87% des bailleurs étrangers (EF/REDES, 2009), les financements et les relations de redevabilité structurent les différentes étapes de l'organisation de la réponse au VIH/sida. Or, dans la mesure où la plupart des entreprises privées financent de manière autonome leurs activités sida, elles échappent, *de facto*, à ces logiques informelles. Les entretiens effectués auprès des acteurs publics et privés engagés dans le VIH/sida témoignent d'une méconnaissance sur l'apport effectif, le fonctionnement et les pratiques du secteur privé, qui leur apparaît comme une « boîte noire ».

La communication anarchique des entreprises amplifie ce phénomène. Un employé d'une ONG internationale interrogé se rappelait la période d'éclosion des programmes sida en entreprises (2005-2006) : « 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 ». Il s'agissait d'ailleurs d'une communication spontanée, voire d'un « folklore », avec une cible immédiate (opinion publique nationale, pouvoirs publics, autres entreprises locales), fondée sur le mimétisme direct, que de programmes formalisés (*reporting*, rapport d'activité), visant des publics plus éloignés (actionnaires, opinion publique internationale, forums privés, organisations internationales). Ces activités permettaient d'exposer publiquement et à moindres frais un engagement social en se greffant sur l'élan collectif par des campagnes de sensibilisation et de dépistage ouvertes aux clients, aux familles et au public, par l'affichage du ruban rouge symbolique sur la devanture de leurs bâtiments, ou par la participation à la très médiatique journée internationale de lutte contre le VIH/sida du 1^{er} décembre.

Dans un système régulé par des outils non contraignants, dont les « bonnes pratiques » (*best practices*) font figure d'outil incitatif privilégié pour cette cible, le risque est d'exacerber l'exemple de quelques rares entreprises modèles et de voiler l'immense majorité d'entre elles qui demeurent inactives. Ainsi, ce manque de transparence, de fiabilité et d'harmonisation des données communiquées par

les entreprises prive non seulement l'État de sa « maîtrise informationnelle », (Lascoumes et Lorrain, 2007), mais également les acteurs de la coopération internationale. Autrement dit, au sein d'un système façonné par les « instruments » (Lascoumes et Le Galès, 2005), l'autonomie financière des entreprises ôte aux acteurs publics nationaux et internationaux un fondement essentiel à leur pouvoir, qui leur permettrait d'avoir la capacité d'agir dans l'intérêt général.

*Ambivalences d'un système fondé sur le volontariat
et la « responsabilité »*

Si la « responsabilisation » et la participation accrue des entreprises privées dans les domaines sociaux peuvent être perçues, aujourd'hui, comme des réponses aux lacunes des autorités publiques (Lodge et Wilson, 2006 ; Yunus *et al.*, 2012), leur expérience dans le domaine du VIH/sida apporte des éléments empiriques illustrant les limites d'un tel présupposé.

Tout d'abord, ce système non institutionnalisé, reposant sur la « responsabilité » des entreprises privées et sur la personnalité de certains de ses acteurs, génère des inégalités fondamentales dans l'accès aux soins. Si cette question était particulièrement sensible au moment de l'arrivée des ARV (Nguyen, 2010), elle demeure d'actualité dans le contexte des zones rurales, où de nombreuses populations dépendent encore d'entreprises agro-industrielles pour leur accès aux soins. L'exemple d'une entreprise agro-industrielle, implantée sur 4 sites (3 ruraux et 1 urbain) et qui compte 6 000 travailleurs montre la dépendance aléatoire des individus vis-à-vis des institutions publiques et privées, dans leur accès aux soins. En effet, un médecin particulièrement dynamique de cette entreprise et qui exerce au sein d'un site rural, a instauré de sa propre initiative, en 2005, des moyens pour prendre en charge ses patients infectés par le VIH/sida. C'est ainsi qu'aujourd'hui, des déséquilibres majeurs sont visibles au sein même de cette entreprise : alors que ce site ne représente que 12% de l'effectif total de la compagnie, il concentre 82% des individus qui sont sous traitement ARV, par l'intermédiaire de l'entreprise (2012). Si ce manque d'harmonisation de ces initiatives non contrôlées par l'État a déjà été critiqué dans le cadre d'une action publique façonnée par l'aide internationale (Hellevik, 2012), il se voit amplifié dans le cas du secteur privé.

De plus, le contexte de crise financière et économique mondiale (2008), doublée d'une décennie de crises politiques (2002, 2004, 2010-2011), met en lumière les limites des acteurs privés soumis à un régime de concurrence à produire des biens publics (Quairrel et Capron, 2013 ; Boidin, 2012). Plusieurs entreprises privées enquêtées, qui étaient pionnières dans le VIH/sida, ont ainsi opéré des plans de restructuration, conduisant à des vagues de licenciements

ou de départs volontaires massifs¹¹, ou menant à des coupures budgétaires dans leurs domaines sociaux. Un centre de prise en charge du VIH/sida semi-privé à Abidjan, constitué d'une patientèle à 50% issue du secteur privé, a ainsi vu un net recul de la demande en formation et en dépistage du VIH/sida de leurs entreprises partenaires, chutant de 59 à 11 en 2013.

*Standardisation des acteurs privés au sein d'une action
publique transnationale*

Par ailleurs, dans le cadre d'une gouvernance transnationale, la circulation des « bonnes pratiques » entre les différents secteurs (santé publique, communautaires et privés), se révèle non seulement inadaptée aux entreprises privées, mais les incite à reproduire l'ordre social diffusé par les organisations internationales, sans développer des initiatives qui seraient fondées sur leurs propres potentialités (médecine préventive, faïtières d'entreprises, comités d'hygiène et de santé et sécurité du travail [CHSST], autonomie financière, etc.). Par exemple, alors que le secteur privé avait mis en place des mécanismes innovants avant l'arrivée massive de l'aide internationale, tels que les « fonds sida », (cofinancés par les employés et les employeurs), il a ensuite intégré des modèles exogènes, tel que celui des pairs éducateurs (PE). Cette stratégie préventive importée du monde associatif (jeunes, santé de la reproduction) s'est révélée inadaptée dans le contexte des entreprises privées, fondées sur un mode d'organisation pyramidal et caractérisé par un *turn over* important de leurs travailleurs, à remplacer et à reformer régulièrement. D'autre part, les programmes VIH/sida se sont souvent greffés au sein de l'entreprise, sans s'appuyer sur les institutions leur préexistant. C'est ainsi que le modèle des « comités sida », destiné à organiser la prévention au sein des entreprises, a été implanté de manière parallèle aux CHSST, reproduisant le phénomène de verticalisation des programmes VIH/sida déjà observé au sein des structures de santé publique. À l'extrême, les entreprises privées peuvent endosser un simple rôle d'exécutant, voire de réceptacle à des projets conçus en dehors d'elles, comme cela s'est produit dernièrement pour les projets financés par la BM¹² (projet OCAL – Organisation du corridor Abidjan/Lagos) ou le FM¹³.

11. Par exemple, 1200 agents de la SOTRA ont été licenciés sur ses 3600 en février 2012, tandis que l'entreprise UNILEVER est passée de 1600 salariés en 2005 à 500 en 2012.

12. Le projet OCAL (Organisation du corridor Abidjan-Lagos), financé par la Banque mondiale (2012-2016), a pour objectif de faciliter le transport et le commerce sur l'axe Abidjan-Lagos, comporte un volet VIH/sida. Certaines entreprises privées telles que le Port autonome d'Abidjan (PAA) sont impliquées dans le projet (formations, activités), sans avoir été impliquées dans le processus décisionnel, ni en prenant part financièrement au projet.

13. Dans le cadre du Round 9 du Fonds mondial, le volet « secteur privé » est orienté sur l'organisation de séances de formation de pairs éducateurs et des séances de dépistage. Les entreprises privées n'ont pas participé à l'élaboration de cette stratégie.

Au sein des entreprises privées, l'importance accrue accordée à la logique symbolique, conjuguée à l'importation de modèles exogènes, a pu interférer sur les enjeux « bioéconomiques ». Autrement dit, cette tension entre différentes normes a pu interférer sur l'organisation pratique de la prise en charge du VIH/sida, et au final, sur la santé des malades. Par exemple, au sein d'une entreprise industrielle pionnière dans le VIH, une concurrence interne entre les acteurs médicaux et non médicaux a longtemps neutralisé leurs activités. Leur médecin déclarait : « Je vous assure qu'à [nom de l'entreprise], pendant 6-7 ans, 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]. Ça n'a plus bougé ». Et de compléter : « 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 ! Ça nous échappe. Nous, nous ne gérons que les malades ». La concurrence entre les pôles préventif et médical s'est trouvée ainsi, au sein d'une même institution, exacerbée.

Cependant, certaines entreprises se sont adaptées aux évolutions du contexte du VIH/sida et continuent d'exercer des activités selon leurs propres initiatives, suivant leurs propres organisations, allant au-delà des prérogatives légales et répondant à certains défis actuels de la lutte. Par exemple, les entreprises représentent aujourd'hui l'un des rares lieux en Côte d'Ivoire où peut être proposé un dépistage régulier, préventif et universel. Dans un contexte où 75% des hommes et 62% des femmes n'ont jamais effectué de test (EDS, 2012), les entreprises enquêtées ont des taux de dépistage couvrant jusqu'à 82% de l'ensemble de leur personnel. Par ailleurs, elles peuvent prendre en charge financièrement les frais médicaux, au-delà des ARV et des bilans subventionnés par les partenaires internationaux (infections opportunistes, charge virale, suivi psychosocial, nutritionnel, etc.) ; développer des partenariats avec des structures de santé et contourner les défaillances et la lenteur des services publics ; certaines entreprises agro-industrielles prennent également en charge des populations isolées en zone rurale, alors que la décentralisation n'est pas encore aboutie.

CONCLUSION

En suivant la typologie proposée par Fred Eboko, à propos des neuf fonctions récurrentes présentes au sein des actions publiques transnationales dans le contexte de l'Afrique subsaharienne contemporaine (Eboko, 2013)¹⁴, il apparaît

14. Les rôles identifiés sont les « agences de normalisation et/ou de standardisation » internationales, des « agences d'ajustement », des « agences de concertation », des « agences de régulation nationale », des « partenariats public-privé », des « agences d'exécution », des « agences de contre-proposition », des « médiateurs de surcroît », des « communautés épidémiologiques ».

clairement que le rôle des entreprises privées s'est profondément transformé en une décennie. À l'origine, Fred Eboko rangeait les entreprises privées du côté des « médiateurs de surcroît », c'est-à-dire des acteurs qui, en poursuivant leurs propres intérêts, orientent ou réorientent l'action publique (Eboko *et al.*, 2005). Si les entreprises privées ont adopté ce rôle au moment de la controverse sur l'accès aux ARV au Sud, leur politisation les a rapprochées des rôles anciennement dévolus aux associations, tels que ceux d'« agences d'exécution » et d'« agences de contre-modèle ».

L'exemple du VIH/sida en Côte d'Ivoire montre effectivement que les entreprises privées sont capables d'avancées notables dans les domaines sociaux. Aux débuts de l'épidémie, ces opérateurs privés ont ouvert la voie à la généralisation de l'accès aux ARV auprès de la population générale. En 2001, sur 1000 personnes vivant avec le VIH prises en charge dans le pays, 700 l'étaient grâce à l'« Initiative Onusida », et 64 par la seule Compagnie ivoirienne d'électricité (CIE), qui comptait 3500 salariés (Eholié *et al.*, 2003). Cependant, ce potentiel transgressif des entreprises privées est à nuancer, et ce, sur deux niveaux.

Il est à nuancer, d'une part, parce que les entreprises privées implantées en Côte d'Ivoire ont davantage joué un rôle de moteur, en accord avec les pouvoirs publics, que le rôle subversif qu'elles ont pu tenir ailleurs. Les autorités ivoiriennes ont rapidement perçu les entreprises privées comme des partenaires de l'accès aux traitements. À l'inverse, au Cameroun¹⁵ et en Afrique du Sud¹⁶, les programmes pionniers d'accès aux ARV de certaines entreprises privées ont véritablement suscité des controverses et pressé des gouvernements réticents à se préoccuper de la question de l'accès thérapeutique des personnes infectées (Eboko, 2010 ; Schneider et Fassin, 2002). Et il est à nuancer d'autre part, parce que les entreprises privées ont été amenées à jouer ce rôle, mais à certaines conditions. L'exemple du VIH/sida met en exergue la manière dont l'environnement exerce une pression décisive sur les entreprises, dans la promotion de nouveaux modèles, de nouvelles pratiques, voire d'utopies, au sein des sociétés. La présence d'une communauté d'activistes et de professionnels du VIH/sida a été la clé pour convaincre les chefs d'entreprise à adhérer aux programmes. Le poids accordé à l'environnement s'oppose à une approche néolibérale de l'entreprise qui serait, en tant que « lieu de véridiction » et de confrontation

15. Au Cameroun, l'entreprise Alucam a poussé le gouvernement à la mise sur agenda de la prise en charge thérapeutique du VIH/sida en initiant des programmes d'accès aux ARV en 2000 (programme TRICAM), en collaboration avec l'hôpital Rothschild de Paris qui suscita une vive polémique publique autour de l'équité dans l'accès aux soins.

16. En 2001, en Afrique du Sud, alors que l'État du gouvernement Thabo Mbeki réitérait son refus de donner l'accès aux traitements aux personnes infectées par le VIH/sida, certaines compagnies minières s'engageaient dans la distribution des ARV, suivant une collaboration inédite entre le patronat et les syndicats. Et ce n'est que deux années plus tard, en 2003, que l'État annonçait la mise en plan de soins accessible à tous.

pure de l'offre et de la demande, l'acteur originel des changements sociaux (Foucault, 2004). La question des facteurs qui amènent les entreprises à se préoccuper des enjeux sociaux et à aller au-delà de leurs prérogatives légales a ainsi déjà été discutée dans le contexte de la révolution industrielle en France. Selon Emmanuel Renault, en dépit de ce qu'affirme Michel Foucault, ce n'est pas tant les entreprises elles-mêmes que certains acteurs sociaux extérieurs qui, en critiquant les conditions de travail délétères des travailleurs, ont été à l'origine du développement de la médecine du travail et de la médecine sociale (Renault, 2008 : 203). Dans le contexte contemporain de la lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne, l'intense mobilisation collective transnationale, amplifiée par la charge symbolique de cette maladie ont été les vecteurs déterminants de la mobilisation du secteur privé. Les intérêts « bioéconomiques » des entreprises ont cédé le pas, progressivement, à d'autres intérêts (symboliques) ou formes de pressions extérieures (intervention internationale). Le potentiel transgressif des entreprises privées s'est alors affaibli.

Avec l'intensification de la mobilisation collective internationale et la prise de relais d'autres acteurs publics et privés, les entreprises ont quitté leur rôle de « médiateur de surcroît » pour se rapprocher des rôles d'« agences d'exécution » ou d'« agences de contre-modèle » (Eboko, 2013). Ainsi, les entreprises tendent à se « dé-différencier » des autres acteurs, en exécutant, comme eux et à côté d'eux, des tâches de prévention et de prise en charge. Ainsi, non seulement les entreprises perdent de leur pouvoir de transgression, mais les enjeux structurels et institutionnels spécifiques du secteur privé ne sont pas pris en compte. Par exemple, les défis liés à l'indépendance de la médecine du travail, au contrôle effectif des entreprises, ou au respect du droit des travailleurs sont étouffées par des considérations court-termistes et programmatiques. Au final, l'exemple du VIH/sida révèle toute l'ambivalence de la « publicisation » d'un acteur privé au sein d'une action publique transnationale en contexte africain.

RÉSUMÉ | ABSTRACT

En Côte d'Ivoire, certaines grandes entreprises privées ont mis sur pied, dès la fin des années 1990, des programmes d'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) pour leurs salariés. L'article se propose d'analyser les frontières de la politisation de ces initiatives privées dans la lutte contre le VIH/sida. Si la prise en charge de la santé des travailleurs par les entreprises privées n'est pas nouvelle en Afrique, le VIH/sida a introduit une rupture. L'intervention massive de la coopération internationale autour de cette épidémie a enjoint aux États d'intégrer de manière inédite le secteur privé dans les politiques nationales, tout en créant un « marché du sida » local, et en procurant un fort écho médiatique à des entreprises soucieuses de développer leur capital symbolique. Si les entreprises privées ont pu jouer un rôle décisif dans la promotion de l'« utopie » de l'accès aux ARV dans le Sud aux débuts de l'épidémie, leur inclusion inédite au sein d'une action publique a dilué leur rôle et leur pouvoir de transgression sociale.

In Ivory Coast, some large private companies set up antiretroviral (ARV) treatment access programs for their employees back in the late 1990s. This paper seeks to examine the boundaries of the politicization of these private initiatives in the fight against HIV/AIDS. While this was not the first time that private companies in Africa had taken responsibility for the health of their employees, the case of HIV/AIDS was significantly different. The major role played by international cooperation in combatting the epidemic prompted countries to involve the private sector in their national policies in a whole new way, while at the same time creating a local "AIDS market" and garnering extensive media coverage for companies concerned about developing their symbolic capital. While private companies may have played a decisive role in promoting the "utopia" of the South's access to ARVs at the outset of the epidemic, their pioneering inclusion in a public initiative weakened their role, as well as their power to transgress social norms.

R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

- AVENTIN, Laurent. 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*, 15, 3 : 69-96.
- BADO, Jean-Paul (dir.). 2006. *Les conquêtes de la médecine coloniale en Afrique*. Paris, Karthala.
- BERNOUX, Gilles. 1995. *La sociologie des entreprises*. Paris, Seuil.
- BOIDIN, Bruno. 2012. «Éthique et aide à la santé pour les pays pauvres», *Éthique et économique*, 9, 2 : 109-125.
- BOURDIEU, Pierre. 1994. *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris, Seuil.
- BRINK, Brian et Jan PIENAAR. 2007. «Business and HIV/AIDS: the case of Anglo American», *AIDS*, 21, 3 : S79-S84.
- COATES, Thomas, Agnès FIAMMA, Greg SZEKERES *et al.* 2007. «Business' role in exercising leadership, promoting equity, embracing accountability, and developing partnerships», *AIDS*, 21, sup3 : S3-S9.
- CAPRON, Michel et Françoise QUAIREL-LANOIZELÉE. 2007. *Mythes et réalités de l'entreprise responsable. Acteurs. Enjeux. Stratégie*. Paris, La Découverte.
- DARBON, Dominique. 2008. «État, Pouvoir et Société dans la gouvernance des sociétés projetées», dans Séverine BELLINA *et al.* (dir.). *La gouvernance démocratique : Un nouveau paradigme pour le développement ?* Paris, Karthala.
- DELAUNAY, Karine. 1999. «Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un "marché du sida émergent". Cas ivoirien et sénégalais», dans Marc-Éric GRUÉNAIS *et al.* (dir.). *Organiser la lutte contre le Sida. Une étude comparative sur les rapports État/Société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Sénégal)* : 69-89.
- DESCLAUX, Alice, Isabelle LANIÈCE, Ibra NDOYE et Bernard TAVERNE. 2002. *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. Paris, ANRS, collection Sciences sociales et sida.
- DODIER, Nicolas. 2003. *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, EHESS.
- DOZON, Jean-Pierre et Didier FASSIN. 1989. «Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique», *Sciences sociales et Santé*, 7, 1 : 21-36.

- EBOKO, Fred, Mathias Eric OWANA NGUINI et Maurice ENGUELEGUELE. 2005. « Cameroun, Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique », *Télescope*, printemps-été : 52-67.
- EBOKO, Fred. 2010. « À l'articulation du national et de l'international : bref historique de l'accès aux antirétroviraux au Cameroun », dans Fred EBOKO, Claude ABÉ et Christian LAURENT (dir.). *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Évaluation de l'expérience camerounaise*. Paris, ANRS : 1-12.
- EBOKO, Fred. 2013. *De l'intime au politique. Modèles dissonants et régulations des politiques publiques. À partir de la lutte contre le VIH/sida en Afrique*. Saint-Quentin-en-Yvelines, HDR, Université de Versailles.
- ECHENBERG, Myron. 2006. « "For their own good". The Pasteur Institute of Dakar and the quest for an anti-yellow fever vaccine in French colonial Africa, 1924-1960 », dans Jean-Paul BADO (dir.). *Les conquêtes de la médecine coloniale*. Paris, Karthala : 53-69.
- EHOLIÉ, Serge-Paul, Monica NOLAN, André Patrick GAUMON *et al.* 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*. Paris, ANRS : 329-346.
- FOUCAULT, Michel. 2004. *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978-1979)*, édité par Michel Senellart. Paris, Gallimard-Le Seuil.
- GLOBAL BUSINESS COALITION (GBC), WORLD ECONOMIC FORUM (WEF) et VERITAS. 2004. *HIV/AIDS and Business in Africa and Asia. A guide to partnership*.
- GERMAN TECHNICAL COOPERATION (GTZ) et GLOBAL BUSINESS COALITION (GBC). 2005. *Faire du co-investissement une réalité. Stratégies et expériences*. Eschborn.
- GUILBAUD, Auriane. 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*. Thèse de doctorat. Paris, IEP.
- HASSENTEUFEL, Patrick. 2007. « L'État mis à nu par les politiques publiques ? », dans Bertrand BADIÉ et Yves DÉLOYE (dir.). *Les temps de l'État*. Fayard : 311-329.
- HAYEM, Judith. 2004. « Histoire collective et responsabilité individuelle. Conditions de la mobilisation politique contre le SIDA dans les mines », dans Didier FASSIN (dir.). *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*. Paris, Karthala : 201-233.
- HAYEM, Judith. 2005. « Les entreprises en Afrique du Sud face au VIH/sida. Enjeux et complexité d'un rôle social et politique inédit », *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et d'études culturelles*, 1-2 : 135-165.
- HELLEVIK, Siri Bjerkreim. 2012. « Les modes et les problèmes de coordination multi-sectorielle dans la lutte contre le VIH/sida en Tanzanie », *Revue internationale des sciences administratives*, 78, 3 : 595-617.
- HIBOU, Béatrice. 1998. « Retrait ou redéploiement de l'État ? » *Critique internationale*, 1, automne : 151-168.
- HOMMEL, Thierry. 2006. « Paternalisme et RSE : continuités et discontinuités de deux modes d'organisation industrielle », *Entreprises et histoire*, 4, 45 : 20-38.

- KÉROUÉDAN, Dominique et M. WEINGER. 2004. «Lutte contre le sida dans le monde du travail en Côte d'Ivoire: Éléments d'analyse de situation et de réponses. Recommandations pour les secteurs public et privé, industriel et commercial», *Rapport Family Health International (FHI)*. Abidjan.
- LASCOUMES, Pierre et Patrick LE GALÈS. 2005. «Introduction: L'action publique saisie par ses instruments», dans Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS (dir.). *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po Académique: 11-44.
- LASCOUMES, Pierre et Dominique LORRAIN. 2007. «Trous noirs du pouvoir. Les intermédiaires de l'action publique», *Sociologie du travail*, 49, 1: 1-9.
- LODGE, George et Craig WILSON. 2006. *A Corporate Solution to Global Poverty: How Multinationals Can Help the Poor and Invigorate Their Own Legitimacy*. Princeton University Press.
- MALOWANY, Maureen. 2006. «Targeting Malaria in East Africa: Debates, Dilemmas and Developments of the 20th Century», dans Jean-Paul BADO (dir.). *Les conquêtes de la médecine coloniale en Afrique*. Paris, Karthala: 71-98.
- MINISTÈRE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA. 2009. *Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida 2006, 2007, 2008*. Abidjan, Côte d'Ivoire, EF/REDES.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA. 2012. *Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples 2011/2012*. Abidjan, EDS.
- MSELLATI, Philippe, Laurent VIDAL et Jean-Paul MOATTI (dir.). 2001. *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'initiative, Onusida/ministère ivoirien de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*. Paris, ANRS, collection Sciences sociales et sida.
- NGUYEN, Vinh-Kim. 2010. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham, N.C., Duke University Press.
- NAY, Olivier et Andy SMITH. 2002. «Les intermédiaires en politique: médiation et jeux d'institution», dans Olivier NAY et Andy SMITH (dir.). *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique*. Paris, Economica: 47-86.
- ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (OIT). 2002. *Implementing the ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the world of work*. Genève.
- OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. 2004. «État, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone», *Politique Africaine*, 96, 4: 139-162.
- QUAIREL, Françoise et Michel CAPRON. 2013. «Le couplage "responsabilité sociale des entreprises" et "développement durable": mise en perspective, enjeux et limites», *Revue française de socioéconomie*, 1, 11: 125-144.
- RENAULT, Emmanuel. 2008. «Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme», *Multitudes*, 3, 34: 195-205.
- ROSEN, Sydney, Jonathon SIMON, Jeffrey R. VINCENT *et al.* 2003. «AIDS is your business», *Harvard Business Review*, 81, 2: 80-87.
- SCHNEIDER, Helen et Didier FASSIN. 2002. «Denial and defiance: a socio-political analysis of AIDS in South Africa.» *AIDS*, 16, suppl. 4: S45-S51.
- STENSON, A.L., S. CHARALAMBOUS, T. DWADWA, *et al.* 2005. «Evaluation of antiretroviral therapy ART-related counselling in a workplace-based ART implementation programme, South Africa», *AIDS Care*, 17, 8: 949-957.

- VAN DER BORGHT, Stefaan F., Philippe CLEVENBERGH, Henk RIJCKBORST *et al.* 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*, 14, 1 : 63-74.
- WORLD ECONOMIC FORUM, GBC et VERITAS. 2004. *HIV/AIDS and Business in Africa and Asia. A guide to partnership.*
- YUNUS, Muhammad, Thierry SIBIEUDE et Eric LESUEUR. 2012. « Social Business et grandes entreprises : des solutions innovantes et prometteuses pour vaincre la pauvreté? », *Field Actions Science Reports*, Special Issue, 4 : 67-74.