

DOSSIER « MESURER ET STANDARDISER : LES TECHNOLOGIES POLITIQUES DU GOUVERNEMENT DE L'AFRIQUE »

DE LA MESURE AU SENS DE LA MESURE

L'économie scripturaire du sida et de son traitement en République centrafricaine (RCA)

PIERRE-MARIE DAVID

« La représentation chiffrée du monde qui gouverne aujourd'hui la gestion des affaires publiques et privées enferme les organisations internationales, les États et les entreprises dans un autisme de la quantification qui les coupe de plus en plus de la réalité de la vie des peuples. »

Alain Supiot, *L'Esprit de Philadelphie*, p. 84

RÉSUMÉ

Pour donner sens à la mesure, il faut la rapporter à un système de valeurs qui en permet l'évaluation et le jugement. Voilà le parti pris théorique qui sous-tend cet article consacré aux pratiques d'écriture de la lutte contre le sida à partir d'une approche à l'intersection de l'anthropologie politique de la santé et du domaine des *science studies*. Afin d'investiguer le passage et les éventuels blocages entre la mesure et le sens de cette mesure, je vais revenir sur l'histoire de la mise en place de systèmes d'indicateurs pour accompagner les traitements du sida en République centrafricaine (RCA), un pays parmi les plus pauvres au monde et avec des capacités étatiques très faibles. L'article vise précisément à décrire et comprendre comment, dans ce contexte de grande incertitude matérielle et de violence structurelle, un système de mesure dans la lutte contre le sida s'est construit et dans un deuxième temps comment les mesures ont circulé à l'intersection du global et du local ; formant ce que nous appelons une *économie scripturaire*. La réflexion s'articule donc autour de deux axes. Un

premier qui présentera la mise en place des pratiques, des outils de connaissances et de mesure de l'infection par le VIH en RCA. Un deuxième abordera plus particulièrement les effets inattendus des usages de la mesure : de la performance à la perte du « sens de la mesure » avec le gel des financements d'un programme vital.

Mots clés : Mesure, sida, RCA, économie scripturaire, anthropologie, sociologie, médicament, santé mondiale, sens de la mesure.

INTRODUCTION

Alors que la thématique de la mesure biomédicale et de la standardisation du politique en Afrique s'appuie souvent sur la théorie foucauldienne à juste titre pour mettre en lumière les jeux de pouvoir (Geissler *et al.*, 2012), il semble important de revenir aux enjeux fondamentaux de la mesure, c'est-à-dire au sens de la mesure. La mesure *doit* être rapportée à un système normatif de valeurs qui permet l'évaluation et le *jugement* (Supiot, 2010). Voilà le parti pris théorique qui sous-tend cet article consacré aux pratiques de mesure et d'écriture de la lutte contre le sida à partir d'une approche à l'intersection de l'anthropologie politique de la santé et du domaine des *science studies*. Pour investiguer le passage et les éventuels blocages entre la mesure et le sens de cette mesure, je vais revenir sur l'histoire de la mise en place de systèmes d'indicateurs pour accompagner les traitements du sida en République centrafricaine (RCA), un pays parmi les plus pauvres au monde¹ et avec des capacités étatiques très faibles (Carayannis et Lombard, 2015). L'article vise précisément à décrire et comprendre comment, dans ce contexte de grande incertitude matérielle et de violence structurelle, un système de mesure dans la lutte contre le sida s'est construit et dans un deuxième temps comment il s'est traduit localement. L'argument est que loin de renforcer un ordre rationalisant et normalisant, il s'est traduit de manière inattendue en mettant au jour l'ambiguïté de son système de valeurs, produisant localement de très fortes ambivalences.

ARV et matérialisation inédite de la santé mondiale

En juin 2014, plus de 13 millions de personnes avaient accès aux médicaments antirétroviraux (ONUSIDA, 2014) ainsi qu'aux services qui les accompagnent. Le passage à plus large échelle (*scale-up*) de ces médicaments salvateurs représente une intervention sans précédent de santé internationale à la fois en termes de mobilisation financière et sociale (Hirsch *et al.*, 2007). De nouvelles institutions

1 <http://hdr.undp.org/fr/data>, consulté le 17 avril 2015.

ont été le produit direct de cette volonté internationale et cette mobilisation sociale, tel que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM) créé à la suite de l'engagement international affirmé en 2001 à l'Assemblée générale des Nations unies (Sidibé *et al.*, 2010). Le Plan d'urgence du Président américain pour le sida (PEPFAR) est venu compléter ce dispositif en 2003 avec des fonds tout aussi exceptionnels.

La santé est ainsi redevenue, à travers le traitement de l'infection par le VIH, un véritable enjeu pour les politiques internationales de développement (David, 2011). Le militantisme transnational et l'intervention internationale pour l'accès généralisé (*scale-up*) aux traitements de l'infection par le VIH ont façonné durablement les initiatives consécutives, qui constituent ce qui est maintenant désigné comme « santé mondiale » (Kenworthy et Parker, 2014). En effet, de nouveaux partenariats publics/privés (PPP) spécifiquement liés à ces politiques de passage à plus large échelle des médicaments contre le sida (*scale-up*), comme ceux développés avec la Fondation Bill et Melinda Gates, sont venus redessiner l'ordre du jour de la santé au niveau international (Lee *et al.*, 2002 ; Birn, 2005) et ont contribué à reconfigurer les interventions sanitaires internationales en intervention de « santé mondiale ». Cette nouvelle approche correspond ainsi à un changement d'échelle non seulement des maladies disséminées mais également des interventions transnationales normalisées (Brown *et al.*, 2006 ; Adams *et al.*, 2008).

L'économie scripturaire de la santé mondiale

Dans ce contexte, le dispositif de mesure devient de plus en plus important pour permettre l'articulation des objectifs globaux et des indicateurs construits et suivis sur des données localement produites. Les réussites de « santé mondiale » reposent ainsi sur un système comptable liant ces différents niveaux d'indicateurs avec des objectifs plus globaux comme les Objectifs du Millénaire (Birn, 2009). Parmi ces huit objectifs, adoptés en 2000 pour favoriser un développement à l'horizon 2015, trois d'entre eux concernent directement la santé en général et la lutte contre le sida en particulier². La biomédecine tient dans cette articulation entre objectifs globaux et données locales un rôle très important. La médecine basée sur les preuves (*evidence based medicine*) s'est en effet également développée dans les programmes de santé mondiale en permettant un renforcement de la « culture de l'audit » (Strathern, 2000 ; Adams, 2013) et des pratiques bureaucratiques (Hull, 2012). Les indicateurs biologiques sont alors mis en équivalence avec des taux d'exécution budgétaire et de rendement au service de ce qui apparaît de plus en plus clairement comme une bio-économie (Rajan, 2006 ; Cooper, 2008 ; Lafontaine, 2014). Cette mesure dans le domaine de la lutte contre le sida a d'ailleurs fait émerger une sous-traitance privée d'expertise et d'audit, notamment autour de sociétés

2 <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/mdgoverview.html>, consulté le 17 avril 2015.

financières et de consulting (KPMG, *Price Waterhouse Cooper*) qui valident les comptes et les procédures d'exécution financière des institutions comme le Fonds mondial de la même manière que ceux des entreprises privées. Ces pratiques d'écriture et ces procédures de validation comptables créent de fait une nouvelle forme de valeur basée sur le processus social d'inscription des réalités produites par l'intervention elle-même.

Ce dispositif s'est déployé particulièrement dans la lutte contre le sida grâce à ce qui s'est révélé être une « industrie du traitement » constituée d'un assemblage liant des éléments hétérogènes comme des entreprises privées d'audit, des organisations internationales, des institutions étatiques, des médicaments ainsi que des rationalités et des pratiques. En référence à Michel de Certeau (1990), je définis plus spécifiquement une « économie scripturaire » comme *la production et la circulation des connaissances et des savoirs qui, basées sur des pratiques d'écriture liant les indicateurs de performance, les variables biologiques et les écritures comptables, redéfinissent les valeurs et les faits, et reconfigurent les relations sociales.*

Ce concept permet de saisir l'écriture comme pratique centrale dans ces types d'interventions de santé mondiale (Whyte *et al.*, 2013). Il permet aussi d'envisager la transformation des valeurs sociales et économiques à travers des pratiques d'inscription telles que celles qui s'opèrent dans l'écriture des formulaires du Fonds mondial en liant les demandes de crédits à une population de corps infectés débiteurs. Cette écriture n'efface toutefois pas les pratiques locales des personnes infectées. Elles constituent une lecture indisciplinée du texte de la « santé mondiale » et le traduisent concrètement dans les corps et les identités, parfois de manière inattendue (David, 2014). Cet article vise ainsi plus précisément à montrer comment les pratiques et valeurs liées à la mesure dans la lutte contre le sida et à sa performance se comprennent et se justifient dans une économie scripturaire que le travail ethnographique permet de décrire à la jonction du global et du local dans ces « espaces interstitiels » où s'écrit la parabole de l'aide au développement (Rottenburg, 2009).

Méthodologie

La perspective générale et les résultats présentés dans ce travail s'appuient sur une démarche de « participation observante » (Favret-Saada, 1990 ; Soulé, 2007). Je fais cette distinction avec l'observation participante parce que, dans mon expérience, la participation a été première et est à la base de ma perspective de recherche. Le travail dans divers centres de santé et le soutien de plusieurs associations de personnes infectées en RCA m'ont permis de prendre part à une extraordinaire diversité de situations qui ont nourri mon regard ethnographique. Entre août 2005 et décembre 2007, une première période incluait ma participation à des équipes nationales d'écriture pour les subventions des institutions comme le Fonds mondial, entre autres activités. Une deuxième vague de recherches fut menée en 2010 et 2011 pour des

périodes de respectivement trois et deux mois dans différents centres de prise en charge de l'infection par le VIH à Bangui, la capitale du pays. Les équipes avec qui je travaillais réalisaient environ 200 dispensations par jour. Travailler trois jours par semaine dans trois centres de santé différents pour une période de plusieurs mois m'a fourni un aperçu riche de la diversité des expériences des professionnels de la santé et les pratiques des patients. En outre, j'ai effectué des observations *in situ* ainsi que des entretiens ethnographiques avec les représentants des institutions nationales et internationales, des patients et des personnels de santé³. Les pratiques quotidiennes qui produisent et reproduisent le monde social entourant l'accès aux ARV constituaient mon principal objet d'intérêt (de Certeau, 1990).

À partir de cette méthodologie et du cadre théorique présenté ci-dessus, la réflexion s'articule autour de deux axes. Le premier axe présentera la construction et la mise en place d'un dispositif de mesure dans la lutte contre le sida en RCA. Un deuxième axe abordera plus particulièrement les effets inattendus des usages des mesures ainsi produites : de la performance à la perte du « sens de la mesure » avec le gel des financements d'un programme vital. Nous pourrions ainsi spécifier cette économie scripturaire pour mieux reposer finalement la question du sens de la mesure.

SIDA, ANTIRÉTROVIRAUX (ARV) ET CONDITIONS DE LA MESURE

Contexte de l'accès aux traitements du sida en RCA

Malgré un « État distant » (Bierschenk et de Sardan, 1997) et ses micro-souverainetés locales (Lombard, 2012), et les crises militaro-politiques récurrentes entre 1996 et 2003 à Bangui (Carayannis et Lombard, 2015), la RCA a bénéficié de programmes de traitement de l'infection par le VIH à grande échelle. Le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) de la RCA a été créé en 2001 comme une institution multisectorielle de coordination avec un financement de la Banque mondiale. Conformément aux recommandations internationales sur le leadership national, le Comité national de lutte contre le sida relevait directement du Président de la République, qui est également le Président de l'Assemblée générale ; le Premier ministre faisant office de second président de l'institution. En 2002, un programme financé par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria (Fonds mondial) est

3 Les résultats présentés dans cet article sont le produit du travail de terrain mené alors que j'étais doctorant à l'Université de Montréal et l'Université de Lyon. Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (CERSS-2009-946-P) et par le scientifique Comité de la Faculté des sciences de la santé, Université de Bangui (n. 01 / UB / FACSS / CSCVPER / II).

venu transformer l'accès au traitement, qui était auparavant basé sur la capacité individuelle à payer, dans un programme national plus complet et cohérent avec des traitements gratuits ou bien plus abordables. Le Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD) est devenu « bénéficiaire principal » pour le pays de ce programme qui visait à mettre 5 000 personnes sous traitement sur cinq ans⁴. Un nombre important de cadres du ministère se sont alors vu proposer des positions dans une structure parallèle mise en place par le PNUD qu'ils ne pouvaient refuser. À la fin de l'année 2007, la 7^e proposition au Fonds mondial a été acceptée pour une somme 43 millions de dollars, avec le Comité national de lutte contre le sida identifié comme bénéficiaire principal et le ministère de la Santé servant de sous-bénéficiaire. « Le 7^e round », comme on l'appelait dans l'équipe de rédaction de cette proposition dont je faisais partie, visait à soutenir le traitement antirétroviral pour 15 000 personnes d'ici 2013 (GFATM, 2008). En 2015, près de 100 millions de dollars ont été décaissés en RCA par le Fonds mondial⁵.

Les géométries variables de l'épidémie

Quand je suis arrivé en République centrafricaine en 2005, le taux de prévalence de l'infection par le VIH était de 15 %. Ce chiffre datait de 2003 et avait été produit par des « enquêtes sérologiques sentinelles » auprès de femmes enceintes. Il s'agissait de dépistages réalisés chez les femmes enceintes lors de leur consultation prénatale. Ces enquêtes présentaient l'avantage d'être peu coûteuses et faisables à une époque de troubles militaires et politiques prédatant le coup d'État de François Bozizé le 15 mars 2003. Cette manière de construire l'épidémie correspondait toutefois bien au début des années 2000 plus généralement aux programmes internationaux de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, qui se concrétisaient notamment par l'accès au traitement en dose unique de névirapine, un antirétroviral qui permet de réduire le passage du virus de la mère à son enfant.

En 2006, l'ONUSIDA affichait un taux de prévalence de 10,4 % pour la République centrafricaine. En 2007, l'enquête épidémiologique réalisée sur plus de 10 000 prélèvements affichait un taux de prévalence de 6,2 %. En 2010, l'ONUSIDA corrigeait son mode de calcul et présentait dans son rapport sur l'épidémie une prévalence de 4,7 % en RCA. Ces variations montrent l'importance du contexte politique dans la construction des données scientifiques puisque la crise qu'a vécue – et vit encore – le pays depuis 1996 empêche de travailler dans certaines régions et donc de mener des enquêtes populationnelles. Les chiffres du sida dépendaient donc fondamentalement de la présence ou de l'absence d'un pouvoir international capable de les produire.

4 Avec une prévalence alors évaluée à 15 %, le nombre de personnes vivant avec le VIH était alors considéré autour de 300 000. On considère aujourd'hui que le nombre de personnes éligibles aux traitements est d'environ 75 000, selon les critères revus de l'OMS en 2010.

5 <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/CAF>, consulté le 25 avril 2015.

L'intervention nécessitait des données et des indicateurs pour savoir ce qui était fait et l'évaluer. C'est ce qui est enseigné dans toute formation de gestion de programme : la mesure des indicateurs de performance et d'indicateurs d'intervention est nécessaire. La prise en charge antirétrovirale nécessite, certes, des données mais l'histoire de la RCA nous montre que pour obtenir ces données l'intervention thérapeutique est nécessaire. Ainsi, les premières données robustes sur l'infection par le VIH datent de 2006. En effet, le paradoxe est de constater que bien que la RCA ait été un des pays les plus précocement touchés, impliqué dans la lutte contre le sida comme un poste avancé avec notamment l'atelier OMS de 1985 ayant permis la « définition de Bangui », les données sur le sida sont restées aussi partielles⁶. L'intervention thérapeutique mise en place depuis 2004 a contribué à développer un savoir sur l'infection par le VIH qui restait jusqu'alors limité en termes épidémiologiques, malgré un coût qui se révèle finalement assez modeste en regard des sommes investies dans l'intervention. L'enquête EDS (Enquêtes démographiques et de Santé) de 2007 le confirme.

Les conditions politiques et techniques de la mesure

Le 17 mars 2007, le représentant du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) présentait à Bangui les résultats de la première grande enquête épidémiologique d'envergure nationale sur l'infection par le VIH en RCA dans la salle de conférences du bâtiment abritant la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC). Cette étude d'un montant d'environ 330 000 dollars avait été financée par les agences de Nations unies dans sa grande majorité ; le secrétariat technique du Comité national de lutte contre le sida ayant contribué à hauteur de 40 000 dollars via un financement de la Banque mondiale. Cette étude épidémiologique avait été rendue possible grâce à l'UNICEF et au PNUD qui avaient financé l'enquête MICS (*Multi indicator Cluster Survey*). Les enquêtes de type *Multi Indicator Cluster Survey* ont été produites initialement par l'UNICEF pour le sommet mondial sur l'enfance en 1995. En 2006, la République centrafricaine « expérimentait » la troisième génération des enquêtes MICS qui permettait l'intégration des données relatives aux Objectifs du Millénaire à diverses questions comme la malaria ou le VIH/sida qui nous préoccupent ici.

⁶ Des études de séro-prévalence/surveillance ont été réalisées depuis 1985 et la première identification du virus dans ce pays (Lesbordes *et al.*, 1985), mais ces études depuis lors ont été menées de manière sporadique, en délimitant des groupes cibles, et donc en « morcelant » une épidémie au caractère généralisé. La question d'une enquête en population générale en RCA avait été évoquée en 2001 lors du lancement du programme de la Banque mondiale. Mais, comme l'expliquait un expert ayant participé à cette discussion, il était « déraisonnable » d'envisager une telle enquête compte tenu des incertitudes dans un contexte politiquement sensible. Il est apparu plus « raisonnable » de proposer une enquête sentinelle sur des groupes bien connus, militaires et femmes enceintes, notamment.

Un volet sérologique s'était greffé sur cette étude MICS. L'implication de l'Institut Pasteur de Bangui avait permis le prélèvement des échantillons sur papiers buvards facilitant le transport et une plus grande envergure de l'enquête. Cette technologie permet en effet d'intégrer géographiquement de nouvelles zones reculées à la connaissance de l'infection par le VIH, notamment en intégrant des zones non urbaines. Il s'agit donc d'un exemple de technologie qui modifie la connaissance sur le VIH en facilitant une intervention de surveillance. Le contexte technologique (papiers buvards, antirétroviraux) apparaît alors plus clairement comme élément co-constitutif de la connaissance sur le VIH.

L'infection par le VIH n'est donc pas donnée mais mise en forme à travers la pratique et la technique (Mol, 2002). Les chiffres du sida ne sont donc pas indépendants d'objets techniques et de préoccupations politiques qui contribuent à faire voyager des techniques transportables et adaptables afin d'alimenter les indicateurs internationaux considérés comme pertinents. Il ne s'agit pas ici de présenter les détails de la mise en place de l'étude, mais de comprendre comment cette étude a pu voir le jour en nécessitant des partenariats politiques et institutionnels afin de produire des données sur l'infection par le VIH. La présentation des chiffres de l'épidémie de VIH/sida de la population centrafricaine par un représentant étranger d'une agence des Nations unies doit aussi être soulignée pour éclairer ensuite les usages sociaux des chiffres du sida qui sont faits localement et les relations de pouvoir qui se construisent dans cette économie scripturaire.

La prise en charge des coûts constitue un des éléments intéressants pour appréhender l'appropriation nationale. Ces coûts permettent des comparaisons avec les montants engagés pour la prévention ou les programmes de traitement. Il est remarquable que cette première enquête épidémiologique d'envergure nationale sur le VIH n'ait été effectuée qu'en 2006 pour un montant de quelques centaines de milliers de dollars, alors que le deuxième financement du Fonds mondial contre le sida était accepté depuis 2002 pour un montant d'environ 24 millions de dollars pour la mise en place du traitement. Il ne s'agit pas de critiquer directement des décisions prises, et qui peuvent sans doute s'argumenter aux vues de l'instabilité du contexte politique jusqu'aux élections présidentielles de 2005, mais précisément d'accepter le « fait » que l'épidémiologie du VIH en République centrafricaine, en tant qu'objet scientifique, est aussi une construction politique. Elle s'appuie sur l'accessibilité contingente à certaines techniques comme la sérologie sur papier buvard ou à des opportunités politiques définies autant par l'agenda des agences internationales que par les possibilités et les contraintes locales.

On comprend alors les enjeux politiques entourant des mesures, comme la prévalence de l'infection par le VIH, qui s'échangent via les formulaires des grands bailleurs de fonds pour des appuis nationaux de plusieurs dizaines de millions de dollars. Cette économie scripturaire est basée sur une production de connaissances à la fois contingente et largement dépendante d'un formatage international (Rottenburg, 2009) mais aussi d'une matérialité technique et du contexte socio-politique. Elle semble ainsi au moins autant le fruit de

ces contingences et de ce qui est « raisonnable » que des styles de pensée épidémiologiques (Wahlberg et Rose, 2015) ou pharmaceutiques (Lakoff, 2008).

Après avoir présenté les conditions de production de la mesure, voyons comment les mesures ont circulé et ont été rapportées pour mieux comprendre comment les pratiques d'écriture font partie d'une économie scripturaire plus vaste, notamment par le sens qui est donné à la mesure.

PERFORMANCE ET PERTE DU SENS DE LA MESURE

Laissant Bangui en décembre 2007, je partageais avec les gens avec qui j'avais travaillé un sentiment optimiste sur l'avenir de la thérapie antirétrovirale en République centrafricaine. La 7^e proposition au Fonds mondial pour un soutien financier au niveau national par la prise en charge de 15 000 personnes sur 5 ans pour 43 millions de dollars avait été acceptée. À mon retour à Bangui en janvier 2010, j'ai été frappé par les effets sociaux de cette absence de médicaments. Le financement du programme du Fonds mondial avait été gelé après seulement huit mois de gestion nationale. Cette situation conduisait à des pénuries massives d'ARV et avait déjà duré plus de deux mois dans certains centres.

Le gel du financement du Fonds mondial et ses effets

L'expert national au PNUD pour l'achat de médicaments m'a expliqué que le Comité national de lutte contre le sida alors bénéficiaire principal ne pouvait plus payer les factures de l'Unité de cession du médicament, unité de distribution nationale des médicaments, alors « sous-bénéficiaire » du programme. Comme ils n'étaient pas payés, les fournisseurs de médicaments génériques en Inde n'expédiaient plus de médicament sans prépaiement. Or ce type de paiement anticipé était contre les règles de comptabilité du Fonds mondial. La chaîne d'approvisionnement en ARV était ainsi coupée.

Les ARV avaient été délivrés gratuitement depuis 2008 avec la création du 7^e round du Fonds mondial. Ce système parallèle d'approvisionnement gratuit en médicaments antirétroviraux avait d'ailleurs conduit à l'arrêt de stratégies alternatives d'approvisionnement en antirétroviraux. Les patients se trouvaient alors entièrement dépendants d'un système unique dont les financements par le Fonds mondial étaient gelés. Ce monopole d'approvisionnement contrastait avec la fragmentation des sites de distribution. Tous les centres publics connaissaient au début de 2010 entre un et trois mois de rupture de stock d'ARV. Mais les situations variaient. Les ONG internationales pouvaient se permettre des achats exceptionnels pour garder leurs patients sous traitement.

Les ONG locales étaient sans ressources. D'autres groupes de traitement gérés par des religieux avaient géré leur stock avec prudence et pouvaient surmonter trois mois de rupture de stock.

Les raisons pour expliquer ce gel des financements dépendaient des interlocuteurs. Officiellement, la raison était le manque de performance. Officieusement, la corruption était évoquée comme la principale raison. Le motif restait flou variant de centaines de milliers de dollars qui auraient disparu à un montant officiel de 25 000 \$ US pour lesquels le ministère de la Santé, en tant que sous-bénéficiaire, n'aurait pas fourni les justificatifs au Comité national de lutte contre le sida, le bénéficiaire principal, gestionnaire du programme. Le Fonds mondial n'a jamais signalé officiellement de corruption dans ce contexte ni demandé de l'argent en retour comme il l'avait fait pour le Mali et la Mauritanie durant la même période. Le « manque de performance » des indicateurs restait donc la principale raison officielle du gel de financement qui ne rencontrait pas de contestations de la part des chargés de programme locaux et internationaux malgré la gravité de ses conséquences. Le suivi de la performance se révélait ainsi bien être un « rituel » (Rottenburg, 2009) difficilement questionnable, qui consacrait du même coup la construction du système de mesures.

De l'espoir à l'incertitude

L'accès aux ARV à travers le programme du Fonds mondial avait suscité de grands espoirs dans la population. Le temps entre le test et le suivi par un médecin était réduit. De plus, la rumeur se répandait en ville : « les médicaments sont là ». Les personnes porteuses du VIH pouvaient avoir accès aux antirétroviraux ou la chimioprophylaxie avec du cotrimoxazole pour éviter les infections opportunistes. L'accès aux ARV commençait à faire de l'infection par le VIH « une maladie comme les autres » comme me répétaient de nombreux patients. Cet accès réduisait également la pression sur les personnes qui étaient moins stigmatisées.

Un ensemble d'autres « services » allant des consultations psychosociales au soutien nutritionnel, en passant par les activités génératrices de revenus, et les visites de soins à domicile venaient donner du crédit au programme et matérialisaient ainsi ce que pouvait vouloir dire l'expression « vivre positivement ». Cet espoir s'était d'ailleurs objectivé puisque les gens à Bangui étaient allés se faire dépister massivement. Les conditions matérielles permettaient une meilleure confidentialité et la possibilité de traitement. Le nombre de femmes enceintes testées est ainsi passé de moins de 20 000 en 2008 à plus de 40 000 en 2009. Quand je suis revenu en 2010, l'espoir avait laissé place à une grande incertitude.

Après avoir rencontré mes anciens collègues, j'appris qu'une bataille féroce faisait rage entre les institutions de gestion des programmes de lutte contre le sida. Le Comité national de lutte contre le sida, chargé de veiller au respect des indicateurs du programme, et le ministère de la Santé, prônant l'accès universel,

s'accusaient mutuellement en même temps qu'ils étaient eux-mêmes accusés par des experts de la communauté internationale et par les patients. L'enjeu était bien sûr également le financement dans un contexte où les salaires n'étaient pas versés régulièrement. Pour illustrer cette crispation sur le financement du 7^e round, le ministère de la Santé (alors nommé ministère de la Santé publique et de la population) avait été renommé, à la suite du financement de 43 millions de dollars, ministère de la Santé publique, de la Population et de la Lutte contre le sida. Les suspicions de corruption étaient largement répandues et l'intégrité morale des différents acteurs impliqués dans les programmes de lutte contre le VIH questionnée. Même les patients se voyaient parfois accusés de s'inscrire et d'émerger à différents sites de prise en charge.

En retour, la population devenait très méfiante vis-à-vis des bureaucrates du sida. Les fonctionnaires ou agents des institutions soutenant le programme étaient considérés comme des personnes roulant en gros véhicules 4 x 4, se construisant des maisons et se permettant de recruter des membres de leur famille. Ce contraste avec les personnes de conditions modestes devenait d'autant plus insupportable pour elles que les patients étaient laissés sans médicaments. Différentes valeurs sociales se trouvaient alors redéfinies et des relations de pouvoir reconfigurées par cette économie scripturaire qui n'assurait plus l'accès aux médicaments et plus généralement aux ressources matérielles qui accompagnaient le traitement (appui nutritionnel, *per diem*, activités génératrices de revenus). Certains dirigeants d'organisations de personnes vivant avec le VIH se mobilisaient pour faire valoir leurs droits et les devoirs du gouvernement par la mobilisation sociale, mais d'autres me disaient officieusement que le problème n'était pas tant que le traitement du VIH soit devenu un *business*, mais qu'il devrait être le leur. « C'est notre *business* », m'affirmaient ainsi certains responsables d'associations de personnes vivant avec le VIH. Ces associations cessaient alors d'être moteurs de changement social et les solidarités se reconfiguraient en fonction de l'accès matériel aux médicaments et à des ressources vitales en fonction d'une position de pouvoir à obtenir dans l'économie scripturaire du traitement.

Les pièges de l'autoréférence

Revenons enfin plus précisément sur la recommandation de suspension du programme qui avait suivi de manière plus officielle le gel du financement en 2009. La performance de trois indicateurs⁷ était montrée du doigt, « classés comme C », c'est-à-dire « inacceptable ». Même si ces trois indicateurs ne concernaient pas la distribution des ARV pour les adultes, l'ensemble du programme était une fois de plus en danger. Le système de suivi des indicateurs et des finances était

7 Relatifs à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), les soins de la co-infection TB-VIHTB co VIH et le suivi et la mise en œuvre de la composante « communication et changement de comportement » à travers les ONG.

alors décrit comme insuffisant et la nécessité de nouveaux partenaires privés était réclamée comme une condition afin de limiter l'incertitude des donateurs. Le bénéficiaire principal national s'est alors retrouvé sous le contrôle d'une société fiduciaire privée pour le décaissement des fonds.

Ce point nous amène à la question de savoir si les programmes peu performants devraient appeler à plus ou moins de soutien ou d'appui international (pas nécessairement en argent ou en consultants privés). Je me suis alors souvenu qu'en 2006 la question de la performance avait déjà été évoquée lors de la réception du refus de la 6^e proposition de la République centrafricaine au Fonds mondial. Lors d'une réunion locale, des experts internationaux locaux travaillant pour des ONG internationales ou des institutions de coopération de pays européens s'interrogeaient sur le critère majeur du refus qui était celui de la performance. L'argument était que se baser sur de tels principes pour allouer les fonds était totalement injuste puisque moins un pays avait de capacité, moins il recevait de financement. Alors qu'un principe de justice pourrait affirmer la nécessité de donner plus de financement, ou du moins plus d'assistance, aux pays ayant le moins de capacités structurelles pour précisément qu'ils les développent. À l'opposé, le système basé sur la performance incite à investir dans des marchés concurrentiels avec l'option qui rapportera le plus. Des pays comme les États fragiles sont ainsi pris dans le « piège de l'autoréférence » (Supiot, 2010, p. 82) de la performance qui amène à confondre les images chiffrées et la réalité.

Enfin, les fonds sont arrivés avec le « 7^e round », et une institution nationale qui n'y était pas préparée, le Comité national de lutte contre le sida, a dû tenter de gérer, de tenir les comptes et de mesurer la performance d'un programme de dizaines de millions de dollars. De son côté le Fonds mondial se concentrait sur son rôle de financeur et non d'assistance technique en se limitant à des missions ponctuelles depuis Genève. Le résultat était écrit d'avance : l'économie scripturaire portée par les pratiques d'une institution comme le Fonds mondial se traduisait localement par de fortes ambivalences qui ne laissaient que peu de chance de réussite au programme centrafricain. En restant focalisé sur la mesure et la performance, c'est le sens plus général de cette mesure et du programme qui était perdu. « Confondre la mesure et l'évaluation condamne, d'ailleurs, selon A. Supiot, à perdre le sens de la mesure » (Supiot, 2010, p. 82). C'est ce que ce pays a expérimenté avec le gel déstructurant d'un programme vital.

CONCLUSION : SE RÉAPPROPRIER LA MESURE

Avec le recul des années, la description ethnographique de cette économie scripturaire ambiguë et productrice d'ambivalences locales très fortes, analysée dans cet article, est renforcée par ce qui est maintenant identifié comme un

moment de crise du Fonds mondial entre les années 2009 et 2011 : « La crise financière internationale et la crise de la gouvernance du secrétariat du Fonds mondial sont intervenues à contre-courant d'une période riche d'espoirs pour la région du monde la plus affectée par l'épidémie du VIH/sida » (Eboko, 2015). En effet, le Fonds mondial a fait face à une double crise. Tout d'abord, la question des détournements a rendu très sensible la question de l'évaluation avec des tabous qui empêchaient précisément de poser clairement la question du sens de la mesure. Et deuxièmement, il a connu une difficulté à mobiliser les promesses de fonds des pays donateurs en pleine crise économique, ce qui a amené à l'annulation du 11^e round et une politique équivoque laquelle s'est d'ailleurs soldée par la démission du directeur exécutif en 2012.

Le *New Public Management*, qui est devenu l'horizon pratique et théorique du Fonds mondial au début des années 2010, consiste à fixer les mêmes règles pour les États et les organisations internationales que pour des entreprises sur des marchés concurrentiels. Dans le contexte d'États fragiles comme la République centrafricaine, ce mode de gestion est non seulement à l'origine d'une performance médiocre, mais vient renforcer la réalité de cette médiocrité. Des voix s'élèvent d'ailleurs dans certaines organisations pour faire valoir une critique d'un point de vue technique et faire entendre des recommandations pratiques (Solthis, 2014).

Un autre angle de la critique devrait aussi considérer le point de vue normatif qui questionne les causes de la perte du sens dans la mesure des faits lorsqu'elle ne se rapporte plus à un système de valeurs. L'expérience de la République centrafricaine rappelle que la subordination de l'organisation économique et biopolitique au principe de justice sociale doit être pensée à nouveau. Pour cela, la mesure ne doit pas être déconnectée de l'expérience humaine et le sens de la mesure ne peut être laissé aux mains des cabinets d'audit privés. La mesure doit alors revenir au cœur des institutions politiques comme objet de confrontation des intérêts et de contestation des valeurs pour lui donner véritablement sens.

Remerciements

Je suis très reconnaissant envers les personnes à Bangui qui ont partagé avec moi leur vie quotidienne ainsi que les personnes avec qui j'ai travaillé et qui continuent de prodiguer des soins dans un contexte très difficile. Je tiens également à remercier Johanne Collin, Vinh-Kim Nguyen, Anne Calvès, Fred Eboko et Guillaume Lachenal pour leur soutien, ainsi que Sidaction et l'ANRS (France REcherche Nord & sud Sida-HIV Hépatites : FRENESH). Je remercie Lydie Cabane, Josiane Tantchou et Pierre Minn pour leurs commentaires. Plus particulièrement, cet article doit beaucoup à Nicolas Le Dévédec que je remercie amicalement.

RÉFÉRENCES

- Adams, V. (2013). Evidence-based global public health: Subjects, profits, erasures. In J. Biehl & A. Petryna (dir.), *When people come first: Critical studies in global health* (pp. 54-90). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Adams, V., Novotny, T. E., & Leslie, H. (2008). Global Health Diplomacy. *Medical Anthropology*, 27(4), 315-323. doi:10.1080/01459740802427067
- Bierschenk, T. & Olivier de Sardan, J.-P. (1997). Local powers and a distant state in rural Central African Republic. *The Journal of Modern African Studies*, 35, 441-468. doi:10.1017/S0022278X97002504
- Birn, A. E. (2005). Gates's grandest challenge: transcending technology as public health ideology. *Lancet* (London, England), 366(9484), 514-519.
- Birn, A. E. (2009). The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history? *Global Public Health*, 4(1), 50-68. doi:10.1080/17441690802017797
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the Transition From « International » to « Global » Public Health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62-72. doi:10.2105/AJPH.2004.050831
- Carayannis, T. & Lombard, L. (2015). *Making Sense of the Central African Republic*. London, Zed Books.
- Certeau, M. de (1990). *L'invention du quotidien: Arts de faire*. Paris : Union générale d'Éditions.
- Cooper, M. (2008). *Life as Surplus: Biotechnology and Capitalism in the Neoliberal Era*. Seattle: University of Washington Press.
- David, P.-M. (2011). La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? *Socio-logos*, 6. Consulté à l'adresse <http://socio-logos.revues.org/2550>
- David, P.-M. (2014). Towards the embodiment of biosocial resistance? How to account for the unexpected effects of antiretroviral scale-up in the Central African Republic, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 9(1-2), 144-159. doi: 10.1080/17441692.2014.881521
- Eboko, F. (2015). « Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine », *Questions de Recherche*, Centre d'études et de recherches internationales, Sciences Po, Paris, pp. 1-41.
- Favret-Saada, J. (1990). Être affecté. *Gradhiva*, 8, 3-9.
- Geissler, P. W., Rottenburg, R., & Zenker, J. (2012). *Rethinking Biomedicine and Governance in Africa: Contributions from Anthropology*. Transcript Verlag.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2008). Request from the Central African Republic for the HIV/AIDS component. <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/CAF-409-G07-T>, consulté le 15 mars 2015.
- Hirsch, J. S., Parker, R. G., & Aggleton, P. (2007). Social aspects of antiretroviral therapy scale-up: introduction and overview. *AIDS*, 21(suppl. 5), S1-S4. doi:10.1097/01.aids.0000298096.51728.7d
- Hull, M. (2012). Documents and bureaucracy. *Annual Review of Anthropology*.
- Kenworthy, N. & Parker, R. (2014). HIV scale up and the politics of global health, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 9(1-2), 1-6.
- Lafontaine, C. (2014). *Le corps-marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bio-économie*. Paris : Seuil.
- Lakoff, A. (2006). *Pharmaceutical reason. Knowledge and value in global psychiatry*, Cambridge Studies in Society and the Life Sciences.
- Lee, K., Buse, K., & Fustukian, S. (2002). *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lesbordes, J.-L., McCormick, J. B., Beuzit, Y. et al. (1985) Aspects cliniques du SIDA en République centrafricaine. *Médecine tropicale*, 45(4), 405-411.

- Lombard, L. N. (2012). *Raiding sovereignty in Central African borderlands* (Unpublished doctoral dissertation thesis). Duke University, Durham. Retrieved from <http://dukespace.lib.duke.edu/dspace/handle/10161/5861>
- Mol, A. (2002). *The body multiple*. Durham, NC: Duke University Press.
- Nguyen, V.-K. (2010). *The republic of therapy. Triage and sovereignty in West Africa's Time of Aids*. Durham, NC: Duke University Press.
- OCDE (2007). *Principes pour l'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires*, Paris : OCDE.
- Petryna, A. (2011). Pharmaceuticals and the Right to Health: Reclaiming Patients and the Evidence Base of New Drugs. *Anthropological Quarterly*, 84(2), 305-329. doi:10.1353/anq.2011.0024
- Rajan, K. S. (2006). *Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life*. Durham, NC: Duke University Press.
- Rottenburg R. (2009). *Far-fetched facts: A Parable of Development Aid*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Sidibé, M., Tanaka, S., & Buse, K. (2010). People, passion and politics: Looking back and moving forward in the governance of the AIDS response. *Global Health Governance*, 4(1). Consulté à l'adresse http://www.ghgj.org/Sidibe%20et%20a1_final.pdf
- Solthis (2014). *Gestion des risques dans les États fragiles : la santé d'abord ! Optimiser l'efficacité des subventions du Fonds mondial*, http://www.solthis.org/documents/Solthis_rapport_Gestion_des_risques_FM_%202014.pdf, consulté le 15 mars 2015.
- Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127-140.
- Strathern, M. (2000). *Audit cultures: anthropological studies in accountability, Ethics and the Academy*. London: Routledge.
- Supiot, A. (2010). *L'esprit de Philadelphie. La justice sociale face au marché total*. Paris : Seuil.
- Wahlberg, A. & Rose, N. (2015). The governmentalization of living: calculating global health. *Economy and Society*, 44(1), 60-90.
- WHO (2013). National health accounts. Retrieved from <http://www.who.int/nha/country/caf/en/>
- Whyte, S., Whyte, M., Meinert, L., & Twebaze, J. (2013). Therapeutic clientship: Belonging in Uganda's projectified landscape of AIDS care. In J. Biehl & A. Petryna (dir.), *When people come first: Critical studies in global health* (pp. 140–161). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Pierre-Marie DAVID est docteur en sociologie et pharmacien. Il est actuellement chercheur postdoctorant à l'Université Paris Diderot (CNRS/SPHERE). Il est également chercheur associé au groupe de recherche Méos (Médicament comme objet social) à l'Université de Montréal. Ses travaux portent sur une socio-anthropologie du médicament et de la santé ainsi que des politiques de développement international.

Adresse	Laboratoire SPHERE Université Paris Diderot 5, rue Thomas Mann 75205 Paris cedex 13 (France)
Courriel	piem david@gmail.com

**ABSTRACT: MEASUREMENT UNDER THE MEASURE.
THE SCRIPTURAL ECONOMY OF AIDS AND ITS TREATMENT
IN THE CENTRAL AFRICAN REPUBLIC (CAR)**

To give the measure a meaning, it should be reported to a system of values, which permits evaluation and judgment. This is the theoretical bias that underlies this article on writing practices in the fight against AIDS from an approach at the intersection of the political anthropology of health and science studies. To investigate the pathways and potential bottlenecks between the measure and its meaning, I describe the history of the development of indicator systems to support AIDS treatment in the Central African Republic (CAR), a country among the poorest in the world and with very low state capacity. The article specifically aims to describe and understand how, in this context of great material uncertainty and structural violence, a measurement system in the fight against AIDS is constructed and secondly how the measures have been reported at the intersection of global and local ; framing what I call a scriptural economy. At first I present the development of practices, knowledge and tools for measurement of HIV infection in the CAR. Secondly I address the unintended effects of the uses of measurement.

Keywords: Measure, AIDS, RCA, Anthropology, Sociology, Medication, Global Health, Scriptural economies, antiretroviral.

**RESUMEN: MEDIDA Y SENTIDO DE LA MEDIDA. LA ECONOMÍA
ESCRITURAL DEL SIDA Y DE SU TRATAMIENTO EN LA REPÚBLICA
CENTROAFRICANA (RCA)**

Para dar sentido a la medida, se debe informar a un sistema de valores que permite la evaluación y el juicio. Este sesgo teórico que subyace este artículo sobre las prácticas de escritura en la lucha contra el SIDA desde un enfoque en la intersección de la antropología política de estudios de salud y de *science studies*. Para investigar la relación entre la medida y el sentido de esta medida, voy a volver a la historia del desarrollo de sistemas de indicadores para apoyar el tratamiento del SIDA en la República Centroafricana (RCA) un país entre los más pobres del mundo y con muy baja capacidad estatal. El artículo tiene como objetivo específicamente para describir y comprender cómo, en este contexto de gran incertidumbre material y la violencia estructural, un sistema de medición en la lucha contra el SIDA se construye y en segundo lugar, cómo se han reportado a nivel local y global las medidas ; formando lo que llamamos una economía escritural. Por tanto, la reflexión se basa en dos ejes. Una primera que presentará el desarrollo de las prácticas, el conocimiento y las herramientas para medir el VIH en la República Centroafricana. Un segundo abordan específicamente los efectos no deseados de los usos de la medida.

Palabras clave: Medida, SIDA, RCA, antropología, sociología, medicamento, salud mundial, economía escritural.