

Les entreprises privées, une opportunité pour la prévention et la prise en charge du virus de l'hépatite B (VHB) en Côte d'Ivoire, dans le sillage du VIH ?*

Private companies: an opportunity for hepatitis B virus (HBV) prevention and care in Ivory Coast in the wake of HIV/AIDS?

A. Bekelynck

Reçu le 1 avril 2014 ; accepté le 17 juin 2014
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2014

Résumé En Côte d'Ivoire, les défis que présente actuellement la lutte contre le virus des hépatites B (VHB) rappellent ceux du VIH/sida il y a une quinzaine d'années : forte prévalence (8-10 %), méconnaissance de la maladie et coûts de la prise en charge extrêmement élevés. Si certaines entreprises privées ont joué un rôle décisif dans l'accès aux traitements du VIH/sida, elles représentent encore aujourd'hui l'un des rares lieux où sont proposés des services de dépistage, de vaccination et de traitement pour le VHB. Le VIH/sida a ouvert une « brèche » pour d'autres pathologies, en développant le « marché » de la santé au sein des entreprises. Or, la faible mobilisation collective autour du VHB, tant internationale que nationale, les empêche, pour l'instant, de devenir un levier d'appui vers un accès universel au dépistage et au traitement et les maintient dans une position de vecteur d'un système de santé à double vitesse.

Mots clés VIH · sida · Virus de l'hépatite B (VHB) · Entreprises privées · Mobilisation collective · Côte d'Ivoire · Afrique intertropicale

Abstract In the 1990s, defenders of “aids exceptionalism” have promised that the inequities caused by HIV/AIDS could provide leverage in the care of other health issues later. Fifteen years later, this argument can be rethought at the light of the current context of hepatitis B virus (HBV) in Ivory Coast. In fact, in this country, the challenges caused by HBV echo those of HIV/AIDS fifteen years ago: high prevalence (8-10%),

ignorance of the disease, and high cost of care. To this end, this article compares the role of private companies in the fights against HIV/AIDS in the 2000s and its role in the fight against HBV today. Although some private firms played a critical role in the promotion of universal access to ART, today, they are one of the few places where HBV screening, vaccination and treatment are offered in the country. HIV/AIDS opened the door for private companies to address other diseases through their health care systems. However, many challenges still need to be met: the absence of qualitative ongoing training for health professionals, illness representations and the costs of treatments, which are all related to the lack of international and national collective action. In Ivory Coast, at the early stage of the HIV/AIDS epidemic, national authorities took up the leadership in the fight against AIDS in West Africa, by developing extraverted strategies (Xth ICA-SA's organization, Unaid initiative hosting). The exceptional international mobilization and the creation of innovative funding mechanisms [International Therapeutic Solidarity Fund (ITSF), Global Fund (GM), and President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)] have facilitated easy access to ARV. Although 380 million people are infected by chronic HBV in the world, even so, international and national collective actions are fledgling and remained weak. Moreover, private firms have represented leverage for testing, treatment, and the provision of universal access to medication in the context of the HIV/AIDS epidemic in Ivory Coast, as relayed by other public and private actors. In the HBV context, private companies can only be a vector for the development of a two tier healthcare system. Therefore, the lack of a strong international commitment prevents public and private local initiatives to generalize HBV prevention and treatment.

Keywords HIV · Aids · Hepatitis B virus (HBV) · Private sector · Collective action · Ivory Coast · Sub-Saharan Africa

A. Bekelynck (✉)
Centre population et développement (Ceped) UMR 196,
Université Paris Descartes Sorbonne Paris Cité/Ined/IRD
e-mail : anne.bekelynck@ceped.org

*Ce travail a été réalisé grâce à une allocation de recherche doctorale de l'Agence nationale de recherche sur le VIH/sida et les hépatites virales (ANRS-12242)

Introduction

Aujourd'hui, alors que l'on estime à 35 millions le nombre de personnes infectées par le VIH/sida dans le monde, dont 25 millions en Afrique subsaharienne (22), dix fois plus de personnes seraient porteuses du virus de l'hépatite B (VHB) de manière chronique, soit 380 millions d'individus, avec 600 000 personnes mourant de ses conséquences chaque année (21). Si l'exceptionnelle mobilisation collective internationale autour du VIH/sida a permis une universalisation de l'accès aux traitements aussi rapide qu'inespérée, avec 10 millions de personnes mises sous ARV en quelques années dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (OMS 2012), les hépatites virales peinent à bénéficier de la « brèche » créée par le VIH/sida quelques années plus tôt. Autrement dit, l'amélioration constatée de la prise en charge du VIH/sida rencontre des difficultés à servir d'exemple pour un ensemble d'autres enjeux sanitaires.

En 1996, les thérapies antirétrovirales furent révélées au grand public, lors de la XI^e Conférence internationale sur le VIH/sida (CIS) de Vancouver. Si une révolution thérapeutique s'ouvrirait désormais au Nord pour les personnes infectées par le VIH/sida, son implantation au Sud était à l'époque controversée (4). Il a fallu attendre l'exceptionnelle mobilisation collective internationale au début des années 2000 qui, par la pression exercée sur les compagnies pharmaceutiques (baisse des prix des médicaments, flexibilisation de la réglementation de la production des génériques) (5) et par l'instauration de mécanismes de financements extraordinaires (Banque mondiale (BM), Fonds mondial (FM), President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)), a permis d'initier l'organisation de l'accès des trithérapies au Sud. Aujourd'hui, cette inégalité d'accès aux traitements entre les patients du Nord et ceux du Sud se réitère dans le cas du VHB. Alors que les médicaments permettant de lutter efficacement contre le VHB (ténofovir ou entécavir) sont disponibles et accessibles dans les pays riches, le coût des traitements reste largement prohibitif pour les 80 % de porteurs chroniques du VHB dans le monde qui se situent au Sud (18). En Côte d'Ivoire, alors que la prévalence du VHB est évaluée entre 8 et 12 % (2,16), le coût de ses traitements est estimé entre 7 200 € (ténofovir) et 12 000 € (Peginterféron Alpha-2A®) par an et par patient, sans compter les frais annexes (14), tandis que le PIB/habitant n'est seulement que de 900 €. À cette inégalité Nord/Sud s'ajoute une inégalité inter-pathologies Sud/Sud entre les patients infectés par le VIH/sida et ceux porteurs du VHB. Tandis que le ténofovir, qui est efficace pour traiter les deux pathologies, est disponible gratuitement pour les premiers, il est délivré au prix fort (654 €/mois en Côte d'Ivoire) pour les seconds. Les patients co-infectés VIH/VHB ont ainsi de meilleures chances d'être soignés que ceux qui ne présentent qu'une infection au VHB.

Les entreprises privées : des leviers d'appui dans la prise en charge universelle du VIH/sida... et du VHB ?

À l'instar de leurs initiatives pionnières d'accès aux anti-rétroviraux pour le VIH/sida, les grandes entreprises privées représentent, aujourd'hui, l'un des rares lieux de prévention et de prise en charge du VHB. Au début des années 2000, alors que la Côte d'Ivoire était le pays d'Afrique de l'Ouest le plus touché par le VIH/sida, avec une prévalence de 6,6 % (estimée à l'époque à 11 % et réévaluée à 6,6 % a posteriori), que le traitement par les ARV coûtait environ 400 € par mois et que les pouvoirs publics nationaux n'avaient pas mis en place une réponse forte pour lutter contre la maladie, les entreprises privées représentaient, aux côtés des essais cliniques, l'un des rares lieux de prise en charge. En 2001, sur les 1000 personnes bénéficiant d'un traitement ARV en Côte d'Ivoire, 700 l'étaient via l'« Initiative Onusida », tandis que 64 l'étaient par la seule Compagnie Ivoirienne d'Électricité (CIE) (11).

Depuis le début des années 2010, quelques grandes entreprises privées implantées en Côte d'Ivoire ont amorcé des initiatives de dépistage et de prise en charge du VHB, dans un contexte où le coût de ses traitements reste prohibitif pour la majorité de la population. Le programme national de lutte contre les hépatites virales (PNLHV) ne dispose pas de données sur le nombre de patients pris en charge actuellement pour le VHB en Côte d'Ivoire. Quelques dizaines d'employés d'entreprises seraient actuellement pris en charge (concentrés dans 4 des 28 entreprises étudiées), sans qu'une étude systématique ne permette d'évaluer leur nombre de manière précise. Quant au vaccin contre le VHB, il est disponible en Côte d'Ivoire depuis 1992. Une politique vaccinale auprès des nouveau-nés est effective depuis 2006 (créée en 2001), par son intégration au Programme élargi de vaccination (PEV), sans qu'une politique systématique n'existe pour certains groupes particulièrement exposés (personnel médical, individus dans des institutions fermées, patients sous transfusion, individus aux partenaires sexuels multiples, etc.). Selon une étude effectuée auprès de 65 entreprises privées de la zone urbaine d'Abidjan, 22 % d'entre elles proposaient le vaccin contre le VHB en 2004 (25).

Face à la similitude des situations, se posent différentes questions : dans quelle mesure l'expérience réussie du VIH/sida pourrait-elle être (ou non) une « brèche » pour la prise en compte du problème de santé publique – à la fois explosif et latent – du VHB ? Dans quelle mesure et à quelles conditions les entreprises privées pourraient-elles jouer un rôle décisif dans l'identification, l'expérimentation et la généralisation dans l'espace sanitaire public de la prévention et de la prise en charge du VHB ? Quels sont les points de convergence et de divergence (représentations et connaissances,

pratiques des entreprises, systèmes de prise en charge, mobilisation collective) entre la situation du VIH/sida au début des années 2000 et celle du VHB aujourd'hui ?

Cette recherche se fonde sur une enquête de terrain, basée sur une méthodologie qualitative, auprès de 28 entreprises privées ainsi qu'auprès d'organisations publiques et privées impliquées dans la lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales en Côte d'Ivoire. Les résultats détaillés ne sont pas présentés dans cet article.

Les entreprises privées et la prise en charge du VIH/sida et du VHB : des acteurs pionniers

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, en l'absence d'une réponse forte des pouvoirs publics dans l'accès aux ARV, une dizaine d'entreprises privées ont choisi de financer les traitements VIH/sida de leurs employés infectés plutôt que de supporter les coûts liés à l'épidémie. En effet, au sein d'une entreprise implantée dans un contexte d'épidémie généralisée, le VIH/sida a un impact direct sur la main d'œuvre (augmentation de l'absentéisme et du renouvellement du personnel, perte des compétences et des connaissances, baisse de moral), engendrant d'un côté des coûts supplémentaires (assurance maladie, caisse de retraite, santé et sécurité, assistance médicale, frais d'obsèques) ainsi qu'une baisse des réinvestissements, et de l'autre côté une baisse de la productivité accompagnée d'une diminution de la fiabilité des produits et des services, générant au final, une diminution globale des bénéfices de l'entreprise (23). Par la suite, parallèlement à l'afflux massif de l'aide internationale, via le PEPFAR et le FM, conduisant à la baisse drastique du prix des ARV (8 € par trimestre en 2004) et au passage à échelle de la prise en charge médicale du VIH/sida, les entreprises privées ont continué à se mobiliser. Le nombre d'entreprises impliquées dans la lutte contre le sida s'est considérablement accru : 242 entreprises ont créé une cellule focale VIH/sida, dont 125 menant des activités de manière régulière (sensibilisation, formations de pairs éducateurs, campagnes de dépistage) et 2500 individus seraient actuellement pris en charge par l'intermédiaire des entreprises privées (12). Par ailleurs, une coalition des entreprises privées est chargée d'appuyer les entreprises dans leurs activités VIH/sida (CECI), et plusieurs partenariats unissent des entreprises privées à des ONG en zone rurale.

Au début des années 2010, les entreprises privées commencent à initier des actions de dépistage et/ou de prise en charge en direction du VHB, à la suite d'une proposition de vaccination déjà amorcée. Leurs stratégies sont partielles et varient selon les entreprises, suivant un ensemble de facteurs : complexité de l'algorithme de prise en charge, manque de formation des médecins sur cette thématique et coût total extrêmement élevé d'une stratégie globale.

Certaines entreprises se limitent à accepter l'organisation d'une campagne ponctuelle de vaccination proposée par l'Institut national d'hygiène publique (INHP) sur leur site et à pré-financer les coûts, tandis que quelques firmes multinationales, employant une main d'œuvre qualifiée, proposent des stratégies intégrées et globales, composées d'un dépistage préventif combinant les deux marqueurs recommandés (Ag HBs et Ac anti HBC totaux), suivi de la vaccination des sujets naïfs de toute infection virale B, de la prise en charge thérapeutique des porteurs d'une hépatite chronique active et de la surveillance des porteurs chroniques asymptomatiques, en assurant une couverture financière totale à leurs employés. Cependant, la plupart des stratégies d'entreprises sont élaborées davantage en fonction des budgets disponibles, que de considérations de santé publique : des campagnes de vaccination systématique sont proposées sans dépistage préalable, alors même que la majorité des individus adultes auraient déjà été en contact avec le virus, rendant la vaccination inutile ; l'organisation des deux rappels nécessaires est aléatoire. La plupart des entreprises adoptent des stratégies réactives, gérant la question des hépatites au cas par cas : l'impact du VHB sur la productivité de l'entreprise n'est pas visible, tandis que les assurances d'entreprises ne souhaitent pas s'engager sur ce terrain. Les médecins d'entreprises sont dès lors peu désireux de proposer un dépistage systématique et d'ouvrir cette boîte de Pandore.

La santé en entreprises privées : un « marché » hautement attractif

Dès les années 1990, les entreprises privées sont apparues comme un acteur stratégique à impliquer dans la lutte contre le VIH/sida, tant pour des raisons de droits humains, de santé publique, que d'intérêts financiers. Un ensemble d'acteurs publics et privés (médecins, organisations gouvernementales, organisations de la société civile, experts internationaux ou académiques) s'est ainsi mobilisé afin de convaincre les chefs d'entreprises à participer à la lutte contre le VIH/sida. D'un côté, il s'agissait de lutter contre les pratiques discriminatoires des entreprises privées qui organisaient le dépistage à l'insu des candidats à l'embauche et des employés (1). D'un autre côté, les entreprises privées représentaient un lieu privilégié pour mettre en œuvre des campagnes de prévention et de prise en charge auprès d'une population « captive » et particulièrement touchée par l'épidémie, se présentant comme des relais d'appui potentiels aux services de santé publics. Enfin, alors que l'ensemble des « professionnels du VIH/sida » restait largement dépendant d'une aide internationale aléatoire, les entreprises privées représentaient un marché attractif, aux ressources financières autonomes, auquel présenter des services (formations, campagnes de

dépistage, prise en charge). Aussi, dans un contexte d'« urgence sanitaire mondiale » et de mobilisation collective internationale sans précédent autour d'un enjeu de santé, les organisations internationales ont prôné l'implantation de politiques multisectorielles et d'inclusion de la société civile, au sein desquelles les entreprises privées ont été appelées à joindre leurs forces à la bataille. Si l'impact de l'épidémie en termes de morbidité pouvait être visible au sein des entreprises privées dans les années 1990 et 2000, ses conséquences en termes de productivité ne constituaient pas, à l'origine, une évidence. Ce sont les plaidoyers des professionnels de cette maladie conjugués à la crainte généralisée autour de cette maladie et à la tribune médiatique internationale offerte par le VIH/sida qui ont généré cette mobilisation du secteur privé.

À la fin des années 2000, les premières activités autour des hépatites virales en entreprises ont été stimulées par différents types d'acteurs. D'un côté, par les spécialistes des hépatites virales, qui ont perçu les entreprises privées comme un lieu stratégique pour développer le « marché » des hépatites virales en Côte d'Ivoire (laboratoires pharmaceutiques et PNLHV) ; c'est ainsi que 15 entreprises ont organisé des campagnes de dépistage au VHB entre 2008 et 2009, appuyées par un laboratoire pharmaceutique et le PNLHV, permettant de tester 7831 employés (7,3% positifs) et de prendre en charge 30 employés porteurs d'une hépatite chronique active. D'un autre côté, par certains « professionnels du VIH/sida » (coalitions d'entreprises, structures de santé publique et privée, associations) qui ont ouverts leurs services à d'autres enjeux sanitaires, afin de redynamiser leurs programmes VIH/sida, susciter de nouveaux besoins et mettre à profit leur expertise acquise. Les hépatites virales, en étant à la fois une maladie chronique et une maladie sexuellement transmissibles (MST), ont occupé une place de choix dans ce revirement stratégique.

Le VIH/sida a ouvert une « brèche » pour la prise en charge d'autres pathologies, en participant à la transformation structurelle de la santé en entreprise. Durant la période coloniale et post coloniale, la médecine d'entreprises s'est développée afin de prendre en charge les employés qualifiés, et en premier lieu ceux issus de la métropole. Le VIH/sida a contribué à généraliser la proposition de services de santé, à développer des systèmes d'assurance et mutuelles médicales, et à étendre la couverture des assurances à l'ensemble des employés, notamment via l'appui de l'expertise technique, de partenariats avec des laboratoires pharmaceutiques ou par la pression exercée par la société civile. Le VIH/sida a également concouru à améliorer la qualité du circuit du remboursement et à sensibiliser les acteurs à la gestion de la confidentialité en entreprises (secret professionnel, indépendance accrue du médecin de l'entreprise vis-à-vis de son directeur des ressources humaines, anonymisation des dossiers, sensibilisation des compagnies d'assurance à la confi-

dentialité, etc.). Cependant, les plafonnements fixés par les compagnies d'assurances privées, ainsi que les coûts potentiels générés par un employé porteur d'une hépatite chronique active B peuvent conduire à des stratégies de discrimination à l'embauche. Bien que nous n'ayons pas les moyens d'évaluer si cette pratique est étendue à d'autres entreprises, un médecin d'entreprises confiait : « donc par rapport aux hépatites, nous d'emblée à la visite d'embauche, on fait ça chez tous les candidats. Ok ? On dépiste. Maintenant ceux... et la charge virale tout ça...Maintenant ceux qui ont des hépatites chroniques...(il chuchote) on les met inaptes! »

Mobilisation collective internationale autour du VIH/sida : brèche ou ombre pour les hépatites virales ?

Le VIH/sida a bénéficié très tôt d'un statut d'« exceptionnalité » par rapport aux autres enjeux de santé publique qui affectaient gravement l'Afrique subsaharienne : les défenseurs de cette approche mettaient en avant le rôle de « brèche » et de levier d'appui que pourrait jouer le VIH/sida pour d'autres causes sanitaires (15). Des mécanismes de mobilisation de fonds exceptionnels (d'abord le Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI), puis le FM et le PEFAR) ont ainsi été créés, afin de permettre l'application d'une politique d'« ingérence thérapeutique », qui serait la seule stratégie efficace pour contrer, en urgence, la propagation de l'épidémie du VIH/sida. Ces privilèges accordés à cette seule pathologie ont été fortement critiqués, tant du côté de la production de déséquilibres et de dysfonctionnements des systèmes de santé nationaux que de l'éviction et du « déclassé » d'autres pathologies à l'agenda politique mondial (17). La mobilisation autour du VIH/sida a ainsi « reclassé » certaines pathologies, tels que le paludisme et la tuberculose, qui ont pu bénéficier directement des mécanismes de financement exceptionnels générés par le VIH/sida (8). Cependant, malgré des initiatives encourageantes, telles que l'initiative DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) ou l'objectif fixé par l'OMS en 2012 d'éradiquer 10 maladies oubliées d'ici 2020, les autres pathologies pâtissent toujours du voile du VIH/sida, tandis que le contexte de crise financière mondiale ne favorise pas la dynamique.

Alors que les hépatites virales sont présentes en Afrique depuis plus longtemps que le VIH/sida, la mobilisation collective autour de cette maladie n'en est qu'à ses balbutiements. Ce n'est qu'à partir de 2007 qu'un mouvement international de lutte contre les hépatites a vu le jour sous la forme d'une ONG « The World Hepatitis Alliance », regroupant des associations du monde entier. S'en est suivi un ensemble d'initiatives, telles que la Déclaration de Rabat (2008), la création du Programme mondial de lutte contre l'hépatite par l'OMS (2010), l'Appel de Dakar (2011),

l'Initiative panafricaine de lutte contre les hépatites (IPLH) (2011) et le Consensus de Dakar (2013), dont le but était d'amener la communauté internationale à reconnaître les hépatites B et C ainsi que le carcinome hépatocellulaire (CHC) comme des problèmes de santé publique majeurs et à mettre en œuvre les dispositifs nécessaires.

Les acteurs publics nationaux : du leadership à l'attentisme

En Afrique subsaharienne, durant les premières décennies (1980 – 1990s), les autorités politiques ont longtemps nié l'existence du VIH/sida dans leurs pays, l'identifiant à une « maladie de l'impérialisme » qu'il n'était donc pas question d'inclure à l'agenda politique (7). Pour la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les premières initiatives ont consisté à adopter des recommandations formelles promues par les organisations internationales, tels que la création de ProgrammeS NationAUX de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS) et le développement d'activités exclusivement centrées sur la prévention. Aux premiers temps de l'épidémie, la Côte d'Ivoire a cherché dans le prolongement de sa longue tradition de construction d'un « modèle ivoirien » (3), à adopter une position de *leader* dans la lutte contre le VIH/sida. Symboliquement, la Côte d'Ivoire a ainsi été choisie pour la première visite du directeur exécutif du nouvel organe inter-agences des Nations Unies dédié à la lutte contre le VIH/sida (Onusida). Mais surtout, la Côte d'Ivoire a été retenue comme le pays d'accueil de la X^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique (CISMA) (1997) ainsi que comme l'un des quatre pays participant à l'Initiative pilote de l'Onusida. Au sein de cet essai clinique, les autorités ivoiriennes ont ensuite tranché avec l'approche initiale promulguée par l'Onusida, en promouvant un « universalisme rapide » et non pas un « universalisme pondéré » (6), c'est-à-dire en militant pour un accès immédiat aux trithérapies, sans passer par les étapes intermédiaires des mono et des bithérapies. Cependant, cette volonté politique ivoirienne se traduisait davantage par des actes de plaidoyer, que par une mobilisation effective de leurs ressources propres et par la mise à l'agenda politique de ce thème. Certes, les autorités nationales ont mené quelques initiatives démontrant un engagement allant au-delà des déclarations d'intentions (dégagement d'une ligne budgétaire pour financer une partie des activités du PNLS (1993), subventions publiques pour le financement des traitements des patients de l'Initiative Onusida), mais qui sont restés d'une ampleur limitée. La part du budget allouée à la santé ne dépassait pas les 1 % en 2001, rangeant la Côte d'Ivoire aux côtés des pays dits « adhérents passifs » (9). Il a fallu attendre l'allocation de l'aide internationale massive dédiée au VIH/sida à partir de 2002 (BM), 2003 (FM) et surtout de 2004 (PEPFAR) pour

qu'une politique effective d'accès universel aux ARV puisse se mettre en œuvre.

La mobilisation autour des hépatites virales débuta en Côte d'Ivoire en 2004, par la création du Réseau ivoirien de lutte contre les hépatites virales (RILHVs) impulsée par un ensemble d'experts regroupés au sein de la Société ivoirienne de gastro-entérologie et d'endoscopie digestive (SIGEED). L'engagement officiel de l'Etat ivoirien tarda à s'amorcer, puisque ce n'est qu'en 2008 qu'il créa son PNLHV, dont les activités restent depuis lors limitées. À l'heure actuelle, il ne dispose ni de référentiel définissant une politique nationale, ni de directives nationales en matière de prise en charge des hépatites ; il mène par ailleurs peu d'actions de prévention et le plaidoyer pour élargir l'accès à la prise en charge est tenu (14). Le budget actuel octroyé aux hépatites virales via le PNLHV est officiellement de 50 millions de Fcfa (uniquement sur fonds publics), soit un montant 10 fois inférieur au budget alloué au VIH/sida en 1996 (650 millions Fcfa) (20), et plus de 100 fois inférieur à celui octroyé au VIH/sida en 2009 (59 milliards de Fcfa, dont 89 % sur fonds internationaux) (19). Bien que la Côte d'Ivoire fasse partie des 20 pays impliqués dans l'IPLH, elle est loin de chercher à avoir un rôle de leader dans la mobilisation collective internationale autour des hépatites virales. La faible mobilisation symbolique suscitée par les hépatites contribue à maintenir ce climat d'amorphie quasi généralisée. Les campagnes de communication autour de la peur, mises en œuvre aux débuts de l'épidémie du VIH/sida et renforcées par des estimations catastrophiques (on estimait à 15 % la prévalence du VIH à Abidjan en 2010), ont été un vecteur à la fois puissant et ambivalent dans la mobilisation collective, continuant de peser de tout son poids sur la stigmatisation dont cette maladie fait l'objet.

Conclusion

En Côte d'Ivoire, les entreprises privées ont été un relais d'appui privilégié des pouvoirs publics qui souhaitaient se montrer les *leaders* dans la prise en charge du VIH/sida ; au Cameroun (10) et en Afrique du sud (24), elles ont initié un débat que les autorités publiques se refusaient d'amorcer et proposé des programmes d'accès aux ARV pionniers et d'envergure. La forte mobilisation collective internationale a ensuite permis de « transformer ces essais », en permettant la généralisation de l'accès aux traitements pour la population générale.

La position marginale des entreprises privées, qui ne concernent que 500.000 individus (petites, moyennes et grandes entreprises du secteur formel au 31 décembre 2011 selon la CNPS) sur une population de 20 millions d'habitants en Côte d'Ivoire, ne leur permet pas de jouer un rôle décisif sur l'action publique. Elles se positionnent plutôt

comme des « médiateurs de surcroît », c'est-à-dire qu'elles ne se situent pas en première ligne de la lutte, mais que, en poursuivant leurs propres intérêts, elles contribuent à orienter ou ré-orienter les stratégies nationales. Cependant, le rôle qu'elles peuvent jouer dans le cadre de la lutte contre le VHB dépend de la « configuration » et du dynamisme des autres acteurs engagés (13). En l'absence d'une mobilisation collective forte, de la reconnaissance du VHB comme d'un enjeu majeur de santé publique, de la formation des médecins, et de la baisse du coût de ses traitements, les entreprises privées sont davantage appelées à être le vecteur d'un système de santé à double vitesse, privilégiant une minorité d'individus, plutôt que d'être un levier d'appui à l'accès universel au dépistage, au vaccin et à la prise en charge de cette maladie. Si les bailleurs maintiennent l'interdiction d'accès au ténofovir, déjà subventionné pour le VIH/sida, aux patients infectés par le VHB, et que de manière plus globale, les organisations internationales ne mettent pas à disposition des fonds comparables à ceux qui ont été alloués au VIH/sida, le risque d'inaction relative des pays du Sud, dans la détection comme dans la prise en charge des hépatites virales B, demeure élevé.

Liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

Références

1. Aventin L (1997) Discrimination à l'égard des employés séropositifs dans l'entreprise abidjanaise : dépistages illicites du VIH et licenciements abusifs (1995/1996). *Sci Soc Sante* 15 (3) : 69-95
2. Combe P, La Roche G, Bonard D, et al (2001) Hepatitis B and C infections, human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections among women of childbearing age in Côte d'Ivoire, West Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 95(5):493-6
3. Delaunay K (1997) Réflexion sur les dynamiques socio-politiques de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Communication à la Xe Cisma, Abidjan
4. Desclaux A, Lanièce I, Ndoye I, Taverne B (eds) (2002) L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales. Paris, Éditions ANRS
5. Dixneuf M (2003) Au-delà de la santé publique ; les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale. *Rev Fr Sci Polit* 53(2):277-304
6. Dodier N (2003) Leçons politiques de l'épidémie de sida. Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris
7. Dozon JP et Fassin D (1989) Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique. *Sci Soc Santé* 7(1):21-36
8. Eboko F (2013) De l'intime au politique. Modèles dissonants et régulations des politiques publiques. A partir de la lutte contre le VIH/sida en Afrique. HDR, Université Versailles St Quentin en Yvelines
9. Eboko F (2005) Les modèles de la mobilisation: la culture politique dans la lutte contre le Sida. In: *The African State and the AIDS crisis*, Patterson AS (ed.). Ashgate, 2005
10. Eboko F, Abé C et Laurent C (2010) Accès décentralisé au traitement VIH/sida. Evaluation de l'expérience camerounaise. ANRS, Coll Sciences sociales et sida, Paris
11. Eholie SP, Nolan M, Gaumon AP 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 ». In: Moatti JP et al (eds) *Economics of aids and access to hiv/aids care in developing countries. Issues and challenges*. ANRS, Coll Sciences sociales et Sida, Paris, pp. 329-46
12. Eholié SP, Tanon KA, Folquet-Amorissani M, et al (2009) Bilan de l'accès aux antirétroviraux en Côte d'Ivoire. *Méd Trop* 69(5):520-4
13. Elias, N et Hoffmann Y (2003) Qu'est-ce que la sociologie? Ed. de l'Aube, Pocket, Paris
14. Enel C (2013) Projet DOD-CI. Volet sciences sociales Hépatites B et C Rapport de mission Abidjan, 7 mars-5 juin 2013
15. Herzlich C, Adam P (1997) Urgence sanitaire et liens sociaux : l'exceptionnalité du sida ? *Cah Int Sociol* 102:5-28
16. Legbedji KA (2012) Séroprévalence des infections virales transmissibles par le sang chez les donneurs en Côte d'Ivoire en 2010. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat d'Etude Spécialisée en Bactériologie-Virologie. Université de Cocody, Abidjan
17. Lemoine M, Girard PM, Thursz M, Raguin G (2013) Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? Face à face. Regards sur la santé 12
18. Lemoine M, Nayagam S, Thursz M (2013) Viral hepatitis in resource-limited countries and access to antiviral therapies: current and future challenges. *Future Virol* 8(4):371-80
19. Ministère de la lutte contre le VIH/sida de Côte d'Ivoire (MLS-CI) (2009) Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le Sida (EF/REDES). Côte d'Ivoire 2006, 2007 et 2008
20. Msellati, P, Vidal L et Moatti JP (2001) L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative, Onusida/ministère ivoirien de la santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux. ANRS. Coll Sciences sociales et Sida. Paris
21. OMS (2013) Hépatite B. Aide-mémoire N°204. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr>
22. OMS (2012) VIH/sida. Aide-mémoire N°360 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
23. Onusida (2001) Ripostes des entreprises au VIH/sida : impact et leçons tirées, 88p.
24. Schneider H, Fassin D (2002) Denial and Defiance: A Socio-Political Analysis of AIDS in South Africa. *AIDS* 16(Suppl 4): S45-51
25. Tchicaya AF, Yeboue-kouame YB, Wognin SB, et al (2006) Pratique de la vaccination dans le secteur privé formel en Côte d'Ivoire : cas de la zone urbaine d'Abidjan. *Rev Int Sc Méd* 8 (2):36-40