

**TRAVAUX ET DOCUMENTS**  
**Responsable de la collection : Didier Morin**

## **POLITIQUES PUBLIQUES DU SIDA EN AFRIQUE**

Dominique KEROUEDAN  
et  
Fred EBOKO

**N° 61-62 - 1999**

CENTRE D'ÉTUDE D'AFRIQUE NOIRE  
IEP de Bordeaux  
Domaine universitaire  
11, allée Ausone  
F-33607 PESSAC CEDEX  
Tél. (33) 05 56 84 42 82  
Fax (33) 05 56 84 43 24  
E-mail : [info@cean.u-bordeaux.fr](mailto:info@cean.u-bordeaux.fr)

## Préface

Le sida en Afrique devient enfin, au tournant des années 1999-2000, une préoccupation essentielle. Jusqu'ici la situation dramatique de nombreux États du continent en matière de contamination faisait l'objet d'évocations rituelles mais ne donnait guère l'impression d'une mobilisation effective des moyens financiers, humains et chimiques de la communauté internationale. Au tournant du 21<sup>e</sup> siècle, les annonces successives du gouvernement français pour mettre à disposition de certains malades africains des types de molécules, de la Banque mondiale de faire de la gestion de l'épidémie et du combat contre celle-ci sa priorité fondamentale en Afrique et des États-Unis d'entrer résolument dans la lutte sur ce continent, apparaissent comme autant de bonnes nouvelles. Il faudra cependant en attendre les effets concrets.

Pourquoi cette mobilisation si tardive alors que les chiffres de l'épidémie montrent chaque année les ravages du virus ? Certes, la maladie est très inégalement répartie sur l'ensemble du continent entre les hauts de l'Afrique de l'Est, centrale et australe et les bas des pays sahéliens. Mais partout le sida tue. Il détruit des vies, il détruit les familles et les organisations de socialisation, il brise les efforts réalisés pour la constitution de systèmes éducatifs de bon niveau, il affaiblit la main-d'œuvre, réduit celle qui est qualifiée et conduit à une restriction des investissements étrangers incapables de s'appuyer sur une politique significative de formation des travailleurs et de recruter des expatriés. Les effets du sida sur les vies sont dévastateurs ; ils ne sont pas moins significatifs au niveau politique, économique et social comme commencent à le montrer les travaux menés notamment à l'initiative des anthropologues de la santé.

Les textes présentés dans ce numéro veulent contribuer à éclairer la situation du sida et des sidéens en Afrique. Ils sont issus de deux auteurs très engagés dans la lutte contre l'épidémie, mais aux histoires individuelles et à la formation très différentes : Dominique Kerouedan, médecin, spécialiste de santé publique et ayant travaillé à plusieurs reprises dans des structures de lutte contre le sida, présente, à travers l'histoire de Christine, la signification individuelle de la maladie, les représentations sociales auxquelles elle donne naissance, les effets qu'elle produit sur l'intégration sociale et les contraintes qui pèsent sur les politiques de lutte mises en œuvre et les choix individuels. Fred Eboko, doctorant du CEAN, travaillant en étroite collaboration avec le Professeur Claude Reynaut (de l'UMR CNRS-Université Bordeaux 2 "Sociétés, santé, développement"), très engagé dans la lutte contre le sida par ses travaux d'interprétation de la maladie, adopte une optique relevant plus des politiques publiques. Il souligne les problèmes fondamentaux des structures de lutte contre la maladie, montre comment celles-ci sont investies par des stratégies de carrière et de promotion de la part de certains acteurs sociaux, et identifie celles que mettent progressivement en place les acteurs locaux et notamment les malades pour faire valoir leur existence – avec beaucoup de difficulté – en Afrique. Ces auteurs, dans les différents travaux qu'ils présentent, insistent sur les réinterprétations auxquelles donnent lieu aussi bien la maladie elle-même que les techniques et méthodes médicales, organisationnelles ou communicationnelles proposées par l'extérieur. La lutte contre le sida passe d'abord, faute de molécules définitives, par le développement de comportements protecteurs.

Ces textes sont aussi pour le CEAN l'occasion de se poser la question fondamentale de la responsabilité des chercheurs dans l'identification de leurs thèmes de recherche : depuis des années nous sommes confrontés aux ravages du sida notamment en Afrique ; mais depuis des années, les auteurs, quels qu'ils soient, hésitent à les présenter et à en faire un objet fondamental d'analyse, avant tout par respect, par refus de faire dans le sensationnel et peut-être aussi par une croyance dans le progrès qui apporterait "dans les dix ans" la solution... Les faits prouvent notre erreur. Heureusement que de jeunes pousses et que des chercheurs confirmés dans d'autres disciplines que les nôtres, faisaient quand même ce travail. Il faut désormais le poursuivre et le soutenir, ce à quoi s'emploient ces deux auteurs.

**Dominique Darbon**  
*Comité éditorial*

## **Christine, jeune femme séropositive**

### **Réflexion sur la prévention et la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant en Côte-d'Ivoire**

**C**hristine est née dans la région de Guiglo dans l'Ouest de la Côte-d'Ivoire. Elle est scolarisée jusqu'en 3e, élevée par sa mère puis par son grand-père. À Abidjan, elle rencontre son compagnon Marc, béninois et portier d'un des grands hôtels de la capitale où il gagne 80 dollars par mois. Ils habitent une cour dans la commune d'Attécoubé, un quartier de la ville où vivent la plupart des immigrants des pays de la sous-région. L'habitat est précaire et chaud au bord de la lagune Ebrié, près du port à bois. Marc et Christine ont deux filles, Edmonde, 8 ans et Coralie, 4 ans, scolarisées toutes les deux.

En juillet 1994, Christine a 26 ans et accouche de sa troisième fille, Prisca. Une jolie petite fille toute ronde et souriante bien nourrie au sein. En novembre, la petite est traitée au dispensaire urbain du quartier pour un "muguet" à répétition. En vain. Plusieurs médecins sont consultés, le dernier évoquant la possibilité de réaliser un test sérologique. Ils prescrivent un même traitement antifongique ambulatoire et quelques séances de réhabilitation nutritionnelle. Si ce traitement ne la guérit pas, dit le dernier à Christine, on fera un test. Elle ne comprend pas mais ne pose aucune question. Néanmoins cette phrase l'inquiète. Christine et sa fille disparaissent ensuite pendant quelques semaines. Après avoir recouru à la médecine traditionnelle, son mari, en désespoir de cause, conseillé par un ami, l'envoie à Grand-Bassam, à 50 km d'Abidjan, faire un séjour de 10 jours à "l'Église du christianisme céleste". Une maladie inexplicable et incurable relève probablement de la sorcellerie et doit être traitée comme telle : il faut combattre le diable. Elle passe plusieurs nuits, allongée dans le sable aux côtés de Prisca, entourée de bougies, pendant que les adeptes de "l'Église", réunis autour d'elle, entrent en transe et chantent des incantations. Elle y dépense beaucoup d'argent pour acheter des bougies et des parfums. L'état du bébé s'aggrave. Christine revient à Abidjan, décidée à comprendre ce dont souffre son enfant et à faire le test dont lui parlait ce médecin. Prisca, allongée à ses côtés, meurt la nuit de leur retour de Grand-Bassam.

Christine revient tout de même vers la médecine moderne chercher une explication. Elle se sent coupable. Suspectant un cas de sida pédiatrique et prenant conscience du silence de ses confrères, le médecin consulté en fin de parcours, décide de la "prendre en charge". Le premier mot qui lui vient à l'esprit pour préparer cette conversation, est "confiance" : "Je peux t'apporter une aide et un éclairage, Christine, si tu me fais confiance". Christine est prête à tout entendre. L'échange dure près de deux heures. Son bébé est probablement mort de sida, mais seule la connaissance de son statut sérologique à elle pourrait le confirmer. Un test de dépistage volontaire anonyme et gratuit au Centre d'information et de prévention du sida (CIPS) d'Abidjan lui est proposé. Elle accepte. Elle est séropositive au VIH1. Sa troisième fille est bien morte de sida.

Il lui faudra six mois avant de pouvoir informer Marc. Six mois pendant lesquels ils ont des rapports sexuels non protégés. Six mois pour le préparer et lui annoncer. Elle le fait. Gros choc pour Marc. Suspicion immédiate d'adultère. Grande souffrance pour Christine. Exclusion par le mutisme. Rejet par le mépris. Pendant plusieurs semaines, Marc ne lui dira pas un mot, même pas bonjour, précisera Christine. Il ne sera attentif qu'à ses maux de tête, à une toux anodine, à une fatigue occasionnelle, y reconnaissant chaque fois une menace, une perdition, une mort certaine. Il ne sera soucieux que de sa condamnation imminente. Il la renverra à chaque instant à sa mort. Mais il ne la répudie pas. Marc accepte de rencontrer le médecin et de faire son test. Son premier résultat est une sérologie indéterminée. Il refait sa sérologie trois mois plus tard. Même résultat. Tant qu'il obtient ce résultat, il refuse d'avoir des rapports protégés. Il est persuadé d'être infecté lui aussi. Les responsables du centre décrètent la séronégativité de Marc trois mois plus tard. Marc décide alors que le couple aura désormais des rapports protégés. Qu'en est-il de ses deux filles aînées ? Edmonde est séronégative. Christine attendra un an de plus avant de faire pratiquer une sérologie à la seconde : Coralie est séronégative.

Afin d'être aidée à affronter moins seule sa séropositivité, Christine est orientée vers les membres de l'association des personnes vivant avec le VIH en Côte-d'Ivoire, l'association Lumière Action. Christine y adhère, y est très active et très appréciée. Elle coordonne pendant un an les activités de la commission Femmes de l'association. C'est la personne la plus pertinente et la plus efficace pour mener des actions de sensibilisation, notamment envers les femmes et les femmes enceintes. Elle "veut que toutes les femmes sachent ce qu'elle ne savait pas : une mère peut transmettre le virus du sida à son enfant pendant la grossesse". Elle le leur dit en français, en dioula et en guéré. Elle les invite au dépistage volontaire.

Deux années ont passé depuis la mort du bébé. La mère et la sœur de Marc s'interrogent sur l'infécondité prolongée et inexplicquée de Christine. Au Bénin, la coutume veut que moins de trois mois après la mort d'un bébé, une mère soit de nouveau enceinte. Si Christine ne fait plus d'enfant, elles sont prêtes à proposer à Marc une autre femme, lui disent-elles. En outre le père de Marc exige de lui un héritier, un fils. Face à ces pressions familiales, Marc demande à Christine s'il peut "prendre une autre femme pour faire enfant avec elle". Christine répond qu'il ne saura rien du statut sérologique de cette nouvelle femme et le sensibilise au risque d'infection par le VIH. S'il rencontre une autre femme, elle risque de l'infecter. Elle lui dit aussi que si leurs filles sont éduquées, plus tard elles vont les aider. Christine veut garder Marc près d'elle et Marc veut un fils. Il renonce à une autre femme et propose à Christine d'avoir cet enfant. Il a conscience des risques, celui de son infection et de celle de l'enfant. Mais il s'en remet à Dieu. Il est catholique. Selon lui, "Dieu a mis un enfant infecté au monde pour leur révéler la séropositivité de Christine. Cet enfant est mort parce qu'il a été allaité par une mère séropositive". Marc n'a rien fait à Dieu. Il ne mérite pas que cette souffrance soit renouvelée. Dieu le protégera et protégera cet enfant. "Ce sera un fils. Et il sera séronégatif". Marc fera un test de dépistage après l'accouchement.

Christine oscillant entre des pressions morales et sociales antinomiques, consulte un autre médecin et une femme de son association. Tous la dissuadent d'accepter une nouvelle grossesse. "Tu vas mourir, un jour ton mari se remariera et il aura d'autres enfants" dit sa compagne associative. Mais Christine croit en la sincérité de Marc et elle lui fait confiance. "C'est pour te protéger de mes parents, lui dit-il, que tu vas prendre cette grossesse comme si tu étais séronégative". Il choisit le risque d'infection lors d'un rapport non protégé avec elle, et le risque de contaminer un autre enfant, plutôt que d'informer ses parents de la séropositivité de sa femme... À son retour de congés en septembre 1997, Christine est enceinte de son quatrième enfant. Elle a honte et elle rit en même temps. Il s'est passé deux ans depuis la dernière naissance. La famille est intervenue. Et il n'était pas question de leur parler du VIH de Christine.

La grossesse se passe bien. L'échographie pratiquée à la demande de Christine montre que c'est un fils. Dès que sa grossesse devient visible, Christine est privée, par décision des membres de Lumière Action, de ses responsabilités associatives et interdite de ses activités de sensibilisation dans les centres de protection maternelle et infantile de la ville. Elle est jugée sévèrement par les membres de l'association qui considèrent cette attitude personnelle comme contraire à l'éthique associative et dangereuse pour leur image. Christine reste néanmoins membre de Lumière Action et pourra reprendre ses activités publiques à l'issue de sa grossesse.

L'accouchement se passe bien. Le petit garçon s'appelle Désiré-Philippe. Le bien nommé. Marc est le plus heureux des hommes. "Il souriait même avant de rentrer dans la chambre, et pour la première fois quand j'accouche il m'a embrassée", dit Christine. Il faudra attendre encore plusieurs mois pour savoir si "Dieu l'a épargné cette fois". Christine décide de ne pas allaiter l'enfant. pour le nourrir au lait artificiel. Le bébé présente à six semaines un épisode de muguet qui a complètement régressé sous traitement. Il a près de six mois aujourd'hui et se porte bien<sup>2</sup>.

## **Questions sur la prévention et la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant en Afrique**

L'histoire de Christine illustre à elle seule toute la complexité des enjeux de l'infection à VIH des femmes en Afrique. L'énigme de santé publique à laquelle nous sommes confrontés est de savoir comment rendre conciliables les réalités sociales, familiales et culturelles des populations et des acteurs de santé d'une part et l'obligation de lutter efficacement contre une épidémie mortelle liée à la sexualité et à la procréation d'autre part. À quels systèmes de valeurs les patients se réfèrent-ils pour prendre leurs décisions et faire leurs choix, et les acteurs de santé pour les orienter autrement et susciter des changements de comportements ? Ces systèmes de valeurs peuvent-ils se rencontrer ? Que nous apprend l'histoire de Christine ?

### ***Sur le plan médical***

Les femmes, en général, ne connaissent pas le mode de transmission du virus du sida de la mère à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Elles connaissent seulement les modes de transmission sanguine et sexuelle du virus. Les programmes nationaux de lutte contre le sida, en concertation avec les programmes de santé de la reproduction et ceux de santé maternelle et infantile, doivent développer des actions spécifiques d'information sur le sida de la mère et de l'enfant en direction des femmes et de la population générale. Le diagnostic du sida du nourrisson est méconnu de la plupart des personnels de santé des centres de protection maternelle et infantile (PMI). La malnutrition

secondaire à une pathologie opportuniste non identifiée, passe au premier plan, d'autant que les recours sanitaires se situent chaque fois en des endroits géographiquement dispersés et que la non-fidélisation de l'enfant sur un site sanitaire rend difficile l'appréciation par les médecins de la chronicité de la pathologie. La connaissance du statut sérologique de la mère, si le dépistage lui était proposé en prénatal, permettrait de fidéliser le suivi du nourrisson, d'anticiper ces pathologies, les conséquences familiales et sociales du sida (Groupe de réflexion consultatif auprès du PNLS sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte-d'Ivoire, juin 1995).

Les itinéraires thérapeutiques de Christine sont répétés, multiples et coûteux, par méconnaissance ou silence des personnels de la santé sur cette pathologie, mais aussi du fait de leur incapacité à guérir. L'ignorance et l'incompréhension de la mère l'invitent à une quête de soins sans fin et à diversifier ses recours au gré des conseils de son entourage. Le silence médical laisse libre cours aux interprétations traditionnelles d'une maladie chronique inexplicée et incurable sur laquelle seul le "sorcier" a un pouvoir. Tous les recours sont utilisés, la médecine moderne, la médecine traditionnelle, l'intervention spirituelle. Aucun ne nomme la maladie sida. Si la maladie et la mort ne sont pas attribuées au sida par défaut de prise en charge dans les services publics de soins, ceci peut devenir un obstacle majeur à la prévention d'une transmission ultérieure (Barbé T. et Kerouedan D., 1995). Il est urgent que les médecins et l'ensemble des soignants, lorsqu'ils sont formés et équipés, prennent leurs responsabilités vis-à-vis de cette pathologie (Kerouedan D., 1997b).

La décision de Christine d'avoir un autre enfant appelle, certes, les pouvoirs publics à intensifier leurs actions de prévention de l'infection à VIH, de planning familial en direction du public féminin et de promotion du dépistage volontaire en direction de la population générale et des femmes enceintes. Ce choix invite aussi la communauté scientifique internationale à développer des interventions thérapeutiques de réduction de la transmission mère-enfant du VIH efficaces et économiquement accessibles aux patientes des pays en développement. La zidovudine a prouvé son efficacité en Europe et aux États-Unis selon un protocole précis et chez des mères non allaitantes (Connor E.M. *et al.*, 1994). Des essais sont en cours en Côte-d'Ivoire avec des régimes plus courts, où le produit est administré exclusivement par voie orale chez des femmes allaitantes (Welfens-Ekra C. *et al.*, 1995). S'il s'avère que ces essais, dont la tolérance et la faisabilité sont acquises (Welfens-Ekra C. *et al.*, 1997) sont aussi efficaces, la question suivante est celle du coût et du financement de ces interventions sur le continent. Il s'agit de financer le traitement, mais aussi l'achat de réactifs sérologiques pour le dépistage volontaire et les examens cliniques et biologiques de suivi des femmes dépistées. À titre indicatif, on estime à 400 000 le nombre de femmes enceintes par an en Côte-d'Ivoire. Environ 1/4 sur l'ensemble du pays se présente en consultation prénatale, soit 100 000 femmes. Si 80 % d'entre elles acceptent de se faire dépister comme l'invitent à le croire les essais en cours, et que le test coûte 3 dollars, ceci nous amène à 240 000 dollars par an pour les réactifs sérologiques du dépistage volontaire en prénatal à l'échelle nationale. Si 15 % des femmes dépistées sont séropositives, soit 12 000 femmes, et que le traitement de zidovudine administré par voie orale actuellement prescrit est de 150 dollars par femme, ceci nous mène à un coût du médicament spécifique de 1 million 800 000 dollars par an. Soit au total plus de 2 millions de dollars par an pour cette intervention, le financement de la formation des personnels de santé à cette politique non inclus. La faisabilité de ces interventions en Côte-d'Ivoire est réelle, compte tenu de l'importance des financements nationaux et internationaux accordés à la lutte contre l'épidémie. Reste à définir une clé de répartition des coûts entre les patientes et leurs familles, le gouvernement ivoirien et la communauté internationale.

### ***La responsabilité conjugale de Christine***

Comment partager avec Marc sa séropositivité ? Elle profite de ses nouvelles activités au PNLS et à l'association Lumière Action, qui accueille les personnes infectées ou affectées, pour parler du sida à la maison. Il faudra six mois à Christine pour annoncer à Marc sa séropositivité. Comment l'amener à informer Marc plus tôt ? Que pouvons-nous répondre à sa situation : proposerait-elle le préservatif à Marc subitement pour la première fois depuis dix ans, sans lui annoncer du même coup sa séropositivité ? Il s'interrogerait forcément, se douterait de quelque chose. Or elle n'est pas prête à lui dire. Pas maintenant. Il la répudierait. Où irait-elle s'abriter et se nourrir ? Il la chasserait peut-être sans ses filles, et la loi ivoirienne accorde la puissance paternelle exclusivement au père, même en dehors du mariage. Elle n'aurait aucun recours pour récupérer des enfants non allaités de plus de deux ans, même si le droit coutumier lui reconnaissait un droit sur eux.

On mesure ici la vulnérabilité culturelle et sociale des femmes, mais plus grave est leur vulnérabilité économique, vitale et juridique. Le droit ivoirien, en se fondant sur un principe économique justement, accorde d'emblée la puissance paternelle au père détenteur potentiel des revenus pour élever l'enfant. Toute autre situation, pour être légale, doit être plaidée devant le juge des tutelles. Pour plaider en justice, il faut connaître ses droits et ses recours, avoir du temps et des revenus, souvent savoir lire et écrire. Les femmes sont rarement en position de le faire, ainsi que les personnes séropositives.

Cette situation interroge aussi sur les stratégies mises en œuvre par les programmes nationaux et leur impact. Le contenu des messages reste, pourtant dix ans après le début du Programme, quasi exclusivement axé sur l'usage du

préservatif. Rarement les messages abordent la notion de séropositivité *versus* maladie, l'insertion professionnelle des séropositifs, leur insertion conjugale et leur insertion familiale, les risques de transmission à l'enfant. La population sait qu'elle doit porter des préservatifs pour se protéger du sida, mais elle ignore tout de la séropositivité et de la vie auprès des personnes séropositives. Le sida est présenté comme une maladie liée à l'adultère. La population ignore tout du sida familial.

Christine prépare Marc à toutes ces notions pendant six mois. Christine fait ce qu'auraient dû faire les autorités sanitaires depuis dix ans. Elle annonce son résultat à Marc quand elle pense qu'il a assez d'éléments pour garder confiance en elle et ne pas la rejeter. Notons que sa crainte d'annoncer à Marc son statut sérologique, réside moins, tout compte fait, en sa vulnérabilité sociale, que dans le manque d'information dont dispose son compagnon pour réagir raisonnablement et la préserver alors d'une situation économique ou juridique insurmontable. Marc ne pourra pas partager avec ses parents la séropositivité de Christine. Ce qui lui interdit de justifier leur choix de ne pas avoir d'autre enfant.

Enfin cette situation invite à rendre plus accessible le dépistage volontaire à la population générale, à appeler chacun à connaître son statut. Il s'agit alors moins de désigner le coupable que de "vivre ensemble".

### ***L'engagement associatif de Christine et son émancipation sociale***

Dès la confirmation de son statut sérologique, Christine découvre Lumière Action, la première association de personnes vivant avec le VIH, constituée en 1994 en Côte-d'Ivoire. La commission Femmes contribue à plusieurs activités du Programme national de lutte contre le sida : sensibilisation des femmes enceintes dans les PMI, accompagnement des malades et de leurs familles en hôpital de jour ou à domicile, élaboration d'une politique de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, étude sur les pratiques traditionnelles alternatives à l'allaitement maternel, étude d'acceptabilité du coût de la sérologie VIH dans le bilan prénatal, sensibilisation en langues locales des femmes dans les villages, émissions radiophoniques et émissions télévisées d'information, de sensibilisation, production de documentaires et de films, de dépliants et d'affiches, etc. L'engagement de Christine est majeur. Elle veut que les autres femmes sachent que le sida a des faces cachées, et que le virus peut être transmis par la mère à son enfant. Elle souhaite que tous soient mieux informés sur la maladie, que les femmes, notamment les jeunes filles, soient moins sexuellement exposées et mieux informées sur leurs droits. Elle les invite partout à connaître leur statut sérologique. À l'hôpital, elle se dévoue corps et âme pour les malades : "Je me porte bien, je peux aider d'autres personnes qui ne se portent pas bien", dit-elle.

Pour la première fois de sa vie, Christine a une fonction sociale extra-domestique. Elle s'en trouve valorisée. En quelques mois, elle est transformée, épanouie, émancipée par son utilité et ses activités sociales, publiques et communautaires. Paradoxalement peut-être, sa séropositivité l'a sortie de l'ennui de ses activités ménagères, de l'environnement "analphabète" de la cour commune d'Attécoubé. Marc découvre et apprécie sa nouvelle femme. Indemnisée pour ses nombreuses activités dans le cadre des projets auxquels elle participe, elle triple aussi leurs revenus mensuels. Christine est le cas le plus percutant contre la thèse de ceux qui revendiquent, à leur place, le droit pour les femmes séropositives en Afrique de ne pas connaître leur statut sérologique (Temmerman M. *et al.*, 1995 ; Msellati P., 1996), contrairement à leurs aspirations (Dédy S. *et al.*, 1995) et illustre une réponse en faveur du droit pour ces femmes d'exister séropositives (Kerouedan D., 1995) si elles sont accompagnées dans ce sens.

### ***Sida et procréation : vie et risque de mort***

Christine l'a démontré : elle est la plus concernée, la plus responsable et la plus motivée des femmes pour lutter contre l'infection à VIH et prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant. Elle assoit ses pouvoirs de communication et de conviction sur son vécu personnel. Pourtant, elle a risqué une nouvelle grossesse.

Marc et Christine s'étaient entendus pour ne plus avoir d'enfant. C'était leur décision. De ce point de vue ils ne cédaient pas aux regards et aux pressions sociales et culturelles, même non exprimées, des habitants de la cour commune. Mais les pressions familiales, féminines en faveur de la procréation, masculines en faveur de la naissance d'un fils, sont intervenues pour changer radicalement leur décision conjugale. Ils ne peuvent rester sur la mort d'un enfant. Et Marc doit avoir un fils, quitte à changer de femme. Notons que ces conseils familiaux ignorent totalement l'épidémie plus de dix ans après ses débuts, et le risque de sa propagation lié aux pratiques encouragées. L'enjeu n'est pas seulement dans la nécessité de répondre à la demande du père pour Marc. La décision de faire un enfant souligne surtout l'incapacité de ce couple à partager le diagnostic de Christine avec des membres proches de leur famille. Et l'impossibilité de partager dans le même temps leur décision de ne pas avoir d'autre enfant. Marc n'a confiance ni en sa mère, ni en sa sœur, ni en son père : il veut "protéger Christine de ses parents". Il est certain que s'ils apprennent la séropositivité de Christine, ils lui demanderont de la quitter. Pour se protéger de l'exclusion, dont l'ignorance est le déterminant majeur, et pour avoir un fils, Marc et Christine auront un quatrième enfant.

Que doit-on faire pour vaincre la peur et la stigmatisation qui engendrent à leur tour la peur, le rejet et l'exclusion ? Les stratégies de prévention et les méthodes de communication menées en réponse à l'épidémie ne sont-elles pas mises en question par ce cas de figure ? Christine cède à la demande de Marc. A-t-elle le choix ? Est-elle en position d'accepter de perdre son mari ? Elle l'aime, elle lui fait confiance. Elle le respecte. Pour cela, elle veut le satisfaire. Pas un seul instant, Marc n'évoque le risque de sa contamination, même s'il l'a compris. Ils partagent "une force dont ils sont sûrs qu'elle va les protéger : la confiance en eux-mêmes et la confiance en Dieu". Cette décision est aussi pour Christine une affaire de maternité. Christine est une femme jeune. Elle n'a que deux enfants. Elle a envie, une fois levées les inhibitions morales vis-à-vis de son mari consentant, d'un autre enfant. Bien sûr qu'elle aussi veut un garçon. Qu'a-t-elle à perdre à le décider si elle apporte une ultime satisfaction à sa famille, si elle donne un sens à son sursis ?

### **Les enfants de Christine, les orphelins du sida**

Que vont devenir ses filles ? Au moment de l'annonce de son résultat sérologique, c'est une des premières préoccupations de Christine. Ce n'est que dans un second temps qu'elle s'interroge sur leur sérologie. Les deux filles sont séronégatives. La question est bien de savoir ce qu'elles vont devenir en l'absence de Christine. La séronégativité de Marc la rassure. Il sera là pour les élever. Christine anticipe sa mort jusqu'à améliorer ses relations familiales avec ses sœurs et tantes au bénéfice futur de ses filles, si un jour elles leur étaient confiées. Cette préoccupation toute réelle ne s'étend cependant pas à la nouvelle naissance. L'enjeu ici pour elle est d'abord de donner un fils à son mari. En outre, en s'éloignant du moment de l'annonce de sa sérologie, alors qu'elle reste asymptomatique, Christine perçoit parfois sa mort moins immédiate, ce qui lui permet de prendre plus facilement des décisions la projetant dans l'avenir, même proche dit-elle. La discussion internationale actuelle sur la disponibilité éventuelle de thérapeutiques antivirales pour les malades atteints de sida en Afrique lui donne aussi de l'espoir.

Pense-t-elle un seul instant à l'enfant ? L'enfant de la séropositivité, même s'il échappait au virus, demande-t-il à naître d'une mère peut-être appelée à mourir ? Informés, lorsqu'ils le sont, les parents ont seuls le pouvoir de décision. Il ne peut en être autrement. Le fils devenu adulte comprendra-t-il que le devoir de sa mère n'était pas d'épargner qui que ce soit de la mort mais qu'il s'agissait plutôt pour elle de risquer de donner la mort (à l'enfant ou au père) en donnant la vie et en offrant un fils au père ? Il est très difficile de savoir combien sont les orphelins du sida en Côte-d'Ivoire. Seules des projections existent (Soro B., 1992) qui les annoncent par centaines de milliers dès 1998. Le problème majeur n'est pas tant la survie de l'enfant que son éducation, son insertion sociale, et son devenir.

### **Le devoir des pouvoirs publics et après ?**

Les pouvoirs publics ont l'obligation d'informer les populations. Le font-ils ? S'ils le font, l'information passe-t-elle ? L'histoire de Christine révèle l'ignorance de la population au-delà du seul message du préservatif, de la séropositivité, et la méconnaissance des femmes, et de tous, du mode de transmission de la mère à son enfant. Les programmes nationaux africains, sous tutelle onusienne depuis dix ans, ont privilégié la prévention de la transmission sexuelle et sanguine du VIH, aux dépens d'actions d'information, de prévention et de prise en charge du sida de la mère et de l'enfant. Pourtant, en Côte-d'Ivoire, dès 1992, 12 % des femmes qui accouchent dans une maternité de la capitale sont séropositives – 15 % en 1995. En 1997, il n'y a toujours pas dans ce domaine, en dehors de l'allaitement, d'orientation internationale ni de l'OMS, ni de l'UNICEF dont le mandat pourtant clairement affirmé est bien l'amélioration de la santé des mères et des enfants, ni même aujourd'hui de l'ONUSIDA. Comment renforcer activement les stratégies de prévention auprès des jeunes filles et des femmes ? Doit-on proposer le dépistage volontaire des femmes enceintes dans les PMI et les maternités ? Selon quelles modalités ? Et avec quel tarif et quels financements ? Quel doit être le contenu de la formation des personnels de santé sur le sida de la mère et de l'enfant ? Peut-on proposer l'avortement "thérapeutique", et si oui, jusqu'à quel terme ? Quel doit être le contenu du conseil et de l'information aux mères ? Quelle peut être la contribution des politiques d'espacement des naissances à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ? Comment se situer vis-à-vis du partenaire, père présumé de l'enfant ? Comment concilier l'obligation déontologique protégeant la mère et la loi donnant toute puissance paternelle au père ? La Côte-d'Ivoire est le seul pays d'Afrique francophone à avoir réfléchi à quelques réponses (Groupe de réflexion consultatif auprès du PNLS sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte-d'Ivoire) : rendre prioritaires les actions d'information des femmes en langues locales sur leurs lieux de vie ; étendre la sensibilisation sur le sida et les MST et le planning familial aux femmes consultantes des centres de protection maternelle et infantile et des maternités ; rendre plus accessible le planning familial ce qui devrait être facilité par les programmes de santé de la reproduction actuellement mis en place ; former les personnels de santé des PMI et des maternités ; proposer le dépistage volontaire systématique à la consultation prénatale ; rendre le test sérologique accessible géographiquement et financièrement par une subvention de l'État ; maintenir le secret médical à l'égard du

père ; conseiller les mères, les préparer à informer le père et à l'inviter au dépistage, etc. La contribution de la commission Femmes de Lumière Action à la mise en œuvre pilote de cette politique dans la région d'Abidjan est remarquable.

La question de l'allaitement appelle quelques commentaires. Il est très difficile d'informer collectivement les femmes sur la possible transmission du VIH par le lait maternel sans nuire en même temps à la politique nationale de promotion de l'allaitement, surtout en milieu urbain. Nous avons choisi en Côte-d'Ivoire, dans le cadre des projets de recherche ou de mise en œuvre pilote de la politique de prévention de la transmission mère-enfant, de n'évoquer ce risque de transmission qu'avec les femmes enceintes dépistées séropositives. Ceci permet d'anticiper et de répondre à toutes les questions des femmes et de préparer avec elles, soit le sevrage du bébé à six mois, selon la politique élaborée ici, pour éviter au moins les transmissions postnatales tardives, soit l'alimentation par le lait artificiel si leurs conditions familiales, domestiques et socio-économiques le permettent. Les personnels de santé formés réagissent au cas par cas. En attendant les résultats d'études prospectives sur la transmission du VIH par le lait maternel menées en Afrique de l'Est, une étude sur les pratiques traditionnelles alternatives à l'allaitement maternel est en cours en Côte-d'Ivoire.

Leur vécu personnel et familial de l'infection à VIH a fait passer l'information au sein du couple Marc-Christine. Ils ont vu mourir leur enfant atteint de sida. Christine est devenue actrice de la lutte contre le sida en particulier en direction des femmes à l'échelle nationale de son pays. Elle a informé Marc qui connaît son statut sérologique. Il est séronégatif. Pourtant il risque des rapports non protégés. Pourtant ils prennent le risque d'avoir un autre bébé. Il ne suffit donc pas de savoir pour changer de comportement. On l'avait déjà constaté. En témoignent les études de connaissances, attitudes et pratiques menées en Côte-d'Ivoire, qui révèlent une excellente connaissance de la maladie et de son mode de transmission sexuelle, le nombre des préservatifs vendus *versus* les taux d'utilisation : en Côte-d'Ivoire, 60 % des jeunes de 15-24 ans n'utilisent jamais de préservatifs (Dédry S. et Gozé T., 1990), alors que 12 millions de préservatifs ont été vendus pour la seule année 1996 (Population service international, 1996)



## Stratégies de lutte contre le sida en Afrique

Il n'y a pas de données récentes de séroprévalence de la population générale en Côte-d'Ivoire, mais les estimations s'accordent sur un taux de séroprévalence de 14 à 15 % en 1997 et prévoient une augmentation de la séroprévalence de l'infection à VIH dans la ville d'Abidjan dans les toutes prochaines années puis une stabilisation en plateau à près de 16 % en l'an 2000 (Union européenne et al., 1997). Le nombre de séropositifs dépassera le million en 2001, celui des nouveaux cas dépassera 50 000 chaque année à partir de l'an 2000. Le nombre de cas de sida survenus depuis le début de l'épidémie serait de 119 000 à la fin de 1996 contre 38 000 notifiés. La mortalité infantile liée au sida serait de 12,3 % avec 11 777 cas de sida pédiatrique en 1996 et de 16,9 ‰ avec 18 773 cas attendus en 2001. "Au-delà d'un certain nombre, les chiffres perdent toute réalité. On quitte l'humanité pour la pure statistique" (Castillo, 1995).

### Stratégies internationales de lutte contre le sida

Face à ce constat il nous a semblé intéressant, d'analyser les stratégies élaborées au niveau international et leurs évolutions institutionnelles. L'élaboration des stratégies et la gestion des fonds multilatéraux de lutte contre le sida de l'ONU, hier confiées à l'organisation de tutelle mondiale sur le secteur santé à travers le programme mondial sida ou GPA/OMS, sont désormais partagées avec cinq autres agences des Nations Unies réunies avec la Banque mondiale sous l'égide de l'ONUSIDA. Cette évolution est la réponse proposée par l'ONU à la demande de ses agences, compte tenu à la fois des limites de la stratégie mondiale de l'OMS à répondre à la situation et de la réduction constante des financements multilatéraux obligeant les agences à rationaliser leurs ressources et à coordonner leurs actions sous l'égide de l'ONUSIDA. Néanmoins les agences de l'ONU poursuivent des actions de lutte contre le sida en dehors de l'ONUSIDA : le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, le PNUD, l'UNESCO et la Banque mondiale financent des actions indépendamment les uns des autres, comme si l'ONUSIDA, disposant de ses fonds propres, était la septième agence.

Il est intéressant aussi d'analyser certains déterminants du choix de ces stratégies, tels les déterminants idéologiques et populationnistes de l'intervention américaine, les effets concomitants dans les années 1980 des politiques d'ajustement structurel et de l'épidémie de sida sur la décision de l'Union européenne et de la Banque mondiale de s' "investir dans la santé" et plus spécifiquement dans la lutte contre le sida (Banque mondiale, 1993 et 1994 ; Commission des Communautés européennes, Direction générale du développement, 1994 ; Kerouedan, 1994a). La démarche est de favoriser le développement en suscitant une amélioration de la santé des populations malgré les conséquences sociales de la crise économique des années 1980 et des mesures financières préconisées en réponse. La contribution de ces organisations à la lutte contre le sida ne se réduit pas à une simple contribution financière. Chaque agence définit, aux côtés des pays africains, ses priorités d'intervention au niveau national et présente désormais aux partenaires internationaux une politique affirmée de lutte contre le sida en Afrique.

Aussi, il semble que la lutte contre le sida ait atteint aujourd'hui un stade institutionnel où il n'y a plus vraiment de référence stratégique mondiale unique : ainsi, chaque acteur, gouvernemental ou non gouvernemental, occidental ou africain, prend une identité multifactorielle, fondée sur le montant des crédits disponibles, sur des considérations éthiques vigilantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida et sur un axe prioritaire d'intervention, le plus souvent, la mobilisation sociale, le diagnostic et le traitement précoce des MST et la promotion des préservatifs, parfois la sécurité transfusionnelle, très peu le dépistage volontaire de la population ou plus spécifiquement des femmes enceintes, la prise en charge médicale des malades ou la promotion de la recherche africaine en sciences sociales, notamment en économie de la santé (qui permettrait d'identifier des alternatives au financement des soins de ces patients chroniques).

Dans le concert des intervenants internationaux impliqués dans la lutte contre le sida en Afrique, qu'ils soient chercheurs, épidémiologistes, membres d'associations ou d'institutions gouvernementales ou multilatérales, la place des autorités ou des techniciens sanitaires nationaux reste imprécise. Au début de l'épidémie, les responsables ivoiriens n'ont pas su, ou n'ont pas pu, tirer profit de la diversité des offres d'aide dont ils faisaient l'objet et exploiter leurs contradictions, de sorte que la tutelle s'exerçait effectivement. Elle est en pratique désormais partagée, mais la notion persiste, représentée aujourd'hui par l'ONUSIDA. Et les stratégies continuent d'être élaborées et proposées par les "experts" occidentaux : en l'absence de stratégie de référence unique, la plupart des organisations internationales définissent désormais "leurs" priorités. Or l'expertise technique et la capacité de négociation, pourtant acquises par les responsables des programmes nationaux de lutte contre le sida, leurs équipes et certains de leurs partenaires, sont, en bien

des endroits d'Afrique de l'Ouest, ignorées. Les temps de dialogue entre les techniciens – et non les politiques – des pays du Sud avec les représentants des organisations internationales du Nord sont toujours trop brefs et politiquement liés. En même temps, la demande de responsabilisation des autorités sanitaires nationales est manifeste de la part des institutions internationales. C'est l'ambiguïté actuelle des relations Nord-Sud : les institutions du Nord ne privent-elles pas les équipes nationales, tout en ayant un discours inverse, du champ conceptuel d'élaboration des stratégies ?

## Évolutions proposées

Aussi, nous plaidons en faveur d'une nouvelle approche de l'aide internationale facilitant la participation effective des autorités nationales à l'élaboration des stratégies sanitaires dont les orientations soient définies davantage en fonction de critères techniques ou d'efficacité des actions choisies, sur la base d'études ou de données d'évaluation. Si la nécessité de l'appui technique et normatif occidental est indiscutable, sa forme ne doit pas pour autant priver les responsables nationaux de l'initiative dans la conception des interventions et dans le financement de leur mise en œuvre, d'autant que certains pays africains, dont la Côte-d'Ivoire, disposent des ressources humaines, logistiques et financières pour mener à bien la lutte contre le sida.

Les orientations internationales de l'appui au développement sanitaire des pays du Sud suivent celles de l'aide au développement. Elles sont parfois définies en fonction des contraintes de la politique intérieure des pays donateurs – la coopération américaine en est un exemple –, le plus souvent en fonction des orientations globales ou sectorielles de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international – phénomène de "mondialisation" observé actuellement –, mais aussi en fonction des montants des ressources publiques ou privées de l'aide publique au développement. L'utilisation des fonds alloués à l'aide intéresse différemment l'opinion publique française et américaine, les autorités gouvernementales françaises étant moins contraintes de rendre compte aux élus de l'utilisation des dépenses publiques.

Les choix stratégiques sanitaires, en particulier dans le domaine de la lutte contre le sida, sont rarement argumentés sur la base de critères de coût/efficacité des interventions, qui ne sont en général pas disponibles. Compte tenu des restrictions budgétaires dans nos pays, il nous paraît judicieux que les institutions bilatérales et internationales, avec les autorités sanitaires des pays bénéficiaires, procèdent de manière plus systématique à la définition de critères d'efficacité des interventions choisies et à l'évaluation objective de stratégies alternatives, tant dans le domaine de la prévention que de la prise en charge du sida. Au niveau conceptuel et opérationnel, le travail reste immense aux côtés des États africains si l'on doit vaincre l'épidémie de sida.

Les stratégies de prévention doivent évoluer et prendre en compte le vécu de la séropositivité en milieu conjugal, familial, professionnel et tous les aspects relatifs à la procréation et à la transmission du virus de la mère à l'enfant. Elles doivent être innovantes et inclure des éléments qui prennent en compte la complexité et la multiplicité des interprétations de la maladie sida en Afrique, telles que l'ensorcellement ou l'empoisonnement. Les anthropologues ont un rôle plus dynamique à jouer, de même que les épidémiologistes, pour que les connaissances fournies par leurs études soient diffusées et utilisées (Albert, 1995 ; Benoist et al., 1996). La question que soulevait Claude Raynaud en 1993 à Abidjan lors d'un atelier sur le thème "Les sciences sociales et le sida", est encore sans réponse aujourd'hui : "Quelle pratique de recherche adopter, qui conserve à l'approche anthropologique sa rigueur tout en ne cantonnant pas l'observateur dans la position d'un spectateur indifférent et inactif ?" (Raynaud, 1995). Un mode de travail reste à inventer entre les chercheurs en sciences sociales, les personnes vivant avec le VIH et les responsables de santé publique pour aboutir à la conception de stratégies de prévention prenant en compte les données des études complétant la dynamique Nord-Sud que nous observons à propos de l'accès aux thérapeutiques antirétrovirales. Ces stratégies doivent prendre en compte les pressions familiales et les contraintes culturelles à l'origine de comportements facilitateurs de la propagation de l'épidémie, en considérant que ces contraintes s'expriment uniquement parce que le silence est préféré à l'annonce. Si le sida reste tabou dans les familles, si la personne infectée suscite autant de rejet, c'est que la population est bien peu informée sur le vécu de la séropositivité avec pour conséquence l'exclusion constante des malades du milieu professionnel et familial.

Les stratégies de prévention du sida en Afrique doivent s'inspirer plus globalement des déterminants sociaux de la propagation de cette maladie et faire appel à la contribution d'autres secteurs que la santé : l'épidémie de sida est une épidémie de la mobilité et du multipartenariat liés à des facteurs économiques et sociaux autant que culturels. Si le travailleur burkinabè isolé du milieu familial pendant de longs mois, voire de longues années, est contaminé par des prostituées à Abidjan et contamine sa famille à son retour au pays, c'est parce qu'il vient chercher un revenu en Côte-d'Ivoire. Le rapport sexuel sera plus lucratif pour la prostituée s'il est effectué sans préservatif pour les mêmes raisons. Livrée à elle-même dans la grande ville, si elle n'est pas contrainte à subir des rapports sexuels, la jeune étudiante s'exposera au risque d'infection par le VIH en troquant son corps contre de l'argent lui permettant d'acheter quelques fournitures pour ses études.

L'Union européenne et la Banque mondiale ont fondé leur intervention pour lutter contre l'épidémie de sida en considérant la maladie comme étant à la fois une conséquence et un facteur aggravant du sous-développement.

L'épidémie de sida appelle certaines réponses de nature économique plus générale. Or, les réponses apportées à la crise économique par les organisations internationales œuvrant pour le développement en Afrique sont plus souvent financières que véritablement économiques : les mesures d'ajustement structurel et la dévaluation du franc CFA ont-elles eu les effets attendus de reprise de la croissance économique, d'augmentation de la production nationale, de développement du secteur industriel, de création d'emplois et de progression du pouvoir d'achat des familles ? Mais le développement est une entreprise de très longue haleine, et la propagation du virus est sans doute plus rapide que la croissance économique.

Malgré la complexité de l'épidémie, certaines mesures opérationnelles peuvent encore constituer des réponses supplémentaires à la propagation du virus. Certains éléments stratégiques relèvent de la responsabilité des pouvoirs publics pour prévenir au moins tous les cas évitables : étendre la sécurité transfusionnelle, responsabiliser les personnels de santé notamment les médecins face à cette épidémie, les exhorter à faire de la prévention et de la prise en charge des MST et du sida, rendre accessible le dépistage volontaire de l'infection à VIH et instaurer le dépistage prénatal des femmes enceintes en Afrique par tests rapides, prévenir la transmission du VIH en milieu de soins, enfin promouvoir la recherche clinique mais aussi la recherche opérationnelle socio-économique qui permettrait de définir des critères d'efficacité, de développer une méthodologie pour évaluer les coûts de stratégies alternatives de prise en charge des malades, d'en évaluer l'impact, et de choisir les plus pertinentes.

La Côte-d'Ivoire et la communauté internationale ont la capacité de financer la mise en œuvre des actions supplémentaires proposées, complémentaires de celles en cours : l'apport des principaux bailleurs de fonds à la lutte contre l'épidémie à VIH/sida représente dans ce pays près de 14 millions d'US\$ sur la période 1993-1995, soit plus de 4,5 millions par an. L'État peut financer les budgets de fonctionnement de ses services, la prévention de la transmission du VIH en milieu de soins et l'achat de réactifs sérologiques pour le dépistage volontaire, le diagnostic de l'infection à VIH et la sécurité transfusionnelle en milieu urbain et rural. La communauté internationale peut être sollicitée pour financer des actions de formation des personnels de santé, des responsables de programmes, des chercheurs nationaux en sciences sociales et médicales, et des personnes vivant avec le VIH à l'organisation associative et à la gestion des microprojets. Ses experts peuvent apporter leur contribution au développement méthodologique d'indicateurs de suivi et d'évaluation, y compris économique, des interventions choisies.

Le patient séropositif peut être sollicité en ambulatoire pour contribuer à l'achat des médicaments s'ils sont disponibles sous la forme générique et si, dépisté précocement, les associations de personnes vivant avec le VIH et les services sanitaires et sociaux l'accompagnent dans la mise en place de mécanismes – individuels dans un premier temps – de prévoyance. La question de la prise en charge des soins hospitaliers n'est pas spécifique à ces malades et doit être considérée par le système de santé dans son ensemble. Cependant les associations de personnes vivant avec le VIH, à travers leurs activités, pourraient développer des mécanismes de solidarité.

La même démarche, d'analyse des coûts et des capacités de mobilisation des financements d'activités qui ont un bon rapport coût/efficacité, peut être proposée aux pays de la sous-région qui peuvent définir une clé de répartition des contributions techniques, méthodologiques et financières des patients et des associations, de l'État et des institutions internationales pour développer la recherche opérationnelle, étendre le dépistage volontaire du VIH, former les membres des associations et les personnels de santé y compris des maternités, préparer ainsi le terrain à d'éventuelles interventions thérapeutiques spécifiques.

## Références bibliographiques

- ADJORLOLO-JOHNSON G. *et al.*, 1994, "Prospective Comparison of Mother-to-Child Transmission of HIV1 and HIV2 in Abidjan, Ivory Coast", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, n° 272, pp. 462-466.
- AINSWORTH M. and OVER M., 1992, *The Economic Impact of AIDS Shocks, Responses, Outcomes, Banque mondiale* (Document technique, 1).
- ALBERT B., 1995, "Anthropologie appliquée ou anthropologie 'impliquée'?", pp. 87-118 in J.-F. Baré, *Les applications de l'anthropologie*, Paris, Karthala.
- ANDERSON R.M., 1992, "Some Aspects of Sexual Behaviour and the Potential Demographic Impact of AIDS in Developing Countries", *Social Science and Medicine*, 34(3), pp. 271-280.
- ANGLARET X. *et al.*, 1998, "Clinical and Immunological Stages of HIV Infected Outpatients Attending Community Clinics, Abidjan, Côte-d'Ivoire", *International Journal of STD and AIDS*, n° 9, pp. 432-433.
- ARNO P., 1987, "The Economic Impact of AIDS", *JAMA*, 258(10), pp. 1376-1377.
- ASSOUAN N'ZEMA K.D., 1997, *Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et intégration sociale en milieu urbain en Côte-d'Ivoire* (Mém. Maîtrise : Sociologie : Université de Bouaké : juin).
- AVENTIN L., 1995, "Le sida en entreprise : position professionnelle du médecin d'entreprise, secret médical et logique économique", *Sociétés d'Afrique et sida*, n° 10, pp. 7-8.
- , 1996, "Stratégies d'entreprise et gestion du VIH/sida : discrimination à l'égard des employés infectés par le VIH à Abidjan Côte-d'Ivoire", *Le Journal de l'anthropologue*, n° 66-67, pp. 211-223.
- , 1997, "Discrimination à l'égard des employés séropositifs dans l'entreprise abidjanaise : dépistages illicites du VIH et licenciements abusifs", *Social Science and Medicine*, n° 15, pp. 69-96.
- BANQUE MONDIALE, 1993, *Investir dans la santé, rapport sur le développement dans le monde*, Washington, BM, 339 p.
- , 1994, *Better Health in Africa, les leçons de l'expérience*, Washington, BM, 283 p.
- , 1996, *Stratégie de la Banque mondiale pour le secteur de la santé en Côte-d'Ivoire*, note du 31 mars 1996, Abidjan, BM.
- BARBÉ T. et KEROUEDAN D., 1995, "Santé publique et privée : l'État et le citoyen en Côte-d'Ivoire", *Sociologie et santé*, n° 13, pp. 19-29.
- BÉCHU N. *et al.*, 1995, "Les conséquences socio-économiques du sida dans les familles africaines", in *Les sciences sociales face au sida*, Abidjan Petit-Bassam, ORSTOM, 391 p.
- BENOIST J. et DESCLAUX A., 1996, "Pour une anthropologie impliquée", pp. 363-373 in J. Benoist et A. Desclaux, *Anthropologie et sida, bilan et perspectives*, Paris, Karthala.
- BERCHE T. et ESMEL D., 1999, "Priorités des personnes vivant avec le VIH et changement social", in *Dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA.
- BLIBOLO D. et VIDAL L., 1994, "Perspective et difficultés de la prise en charge du sida à Abidjan (Côte-d'Ivoire)", in *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte/CEPED, 223 p.
- BROUARD N., 1995, "Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de sida", in *Populations africaines et sida, op. cit.*
- BRUNET-JAILLY J., 1997, "Le sida et les choix de stratégie sanitaire : l'exemple de la Côte-d'Ivoire", présentation orale n° C003, in X<sup>e</sup> Conférence internationale du sida et des MST en Afrique, décembre 1997, Abidjan.
- CALDWELL J., ORUBULOYE I.O. et CALDWELL P., 1992, "Underreaction to AIDS in Sub-Saharan Africa", *Social Science and Medicine*, 34(11), pp. 1169-1182.
- CARAËL M., 1995, "Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique, forces et faiblesses", in *Les sciences sociales face au sida, op. cit.*
- CASTILLO M., 1995, *Mon frère l'idiot*, Fayard 1995, 380 p.
- COCK K.M. *de et al.*, 1989, "Rapid Emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast", *Lancet*, pp. ii et 408-411.
- , 1990, "A Comparison of HIV1 and HIV2 Infections in Hospitalized patients in Abidjan, Côte-d'Ivoire", *AIDS*, n° 4, pp. 443-448.
- , 1990, "AIDS – The Leading Cause of Adult Death in the West African City of Abidjan, Côte-d'Ivoire", *Science*, n° 249, pp. 793-796.
- , 1991a, "AIDS Surveillance in Africa : A Reappraisal of Case Definition", *British Medical Journal*, n° 303, pp. 1185-1188.

- COCK K.M. de, GNAORÉ E. and ADJORLOLO G., 1991b, "Risk of Tuberculosis in Patients with HIV1 and HIV2 Infections in Abidjan, Côte-d'Ivoire", *British Medical Journal*, n° 302, pp. 496-499.
- COCK K.M. de *et al.*, 1992, "Tuberculosis in Patients with HIV Infection in Sub-Saharan Africa", *JAMA*, n° 268, 12 p.
- COCK K.M. de et EKPINI E., 1994a, "The Public Health Implications of AIDS Research in Africa", *JAMA*, n° 270(6).
- COCK K.M. de *et al.*, 1994b, "Retrospective Study of Maternal HIV1 and HIV2 Infections and Child Survival in Abidjan, Côte-d'Ivoire", *British Medical Journal*, n° 308, pp. 441-443.
- COCK K.M. de, 1996, "The Emergence of HIV/AIDS in Africa", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 44, pp. 511-518.
- COMITÉ NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, 1987, *Plan d'action à court terme pour la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire*, juin 1987.
- COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES, Direction Générale du Développement, Division santé/sida, 1993, *Les actions prises en matière de sida dans les pays ACP, Document destiné à l'assemblée paritaire d'octobre 1993*.
- , 1993, *Note d'orientation pour la préparation de la conduite sous Lomé IV, des interventions dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne*, novembre 1993.
- , 1994, "La politique de la Communauté européenne et des États membres en matière de coopération avec les pays en développement dans le domaine de la santé", Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, mars 1994.
- , 1994, *Le programme VIH/Sida de l'Union européenne en faveur des pays en voie de développement*. Fiche n° 54, Supplément à Europa développement, mai 1994.
- CONNOR E.M. *et al.*, 1994, "Reduction of Maternal to Infant of HIV1 with Zidovudine Treatment", *New England Journal of Medicine*, n° 331, pp. 1173-1180.
- CORNU C., 1996, *Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida à Abidjan en Côte-d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique subsaharienne ?* (Mém. DEA : Sociologie : Paris I).
- COULAUD J.-P., dir., et Commission des sciences humaines et sociales, 1997, *Initiative internationale. Place des antirétroviraux dans la prise en charge des patients africains infectés par le VIH. Conditions et conséquences sociales de la mise en place des traitements antirétroviraux en Afrique*, septembre.
- COULAUD J.-P., dir., Groupe de travail nord-sud, ANRS-ORSTOM-Secrétariat d'État à la Coopération française, ONUSIDA-PNLS du Sénégal et PNLS de Côte-d'Ivoire, 1997, *Place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique*, Abidjan, décembre 1997.
- COULIBALY D., MSELLATI P. et DÉDY S., 1996, "Aspects psychosociaux du dépistage VIH/sida chez les femmes enceintes à Abidjan en 1995", Colloque international sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives, [1996], Dakar.
- CÔTE-D'IVOIRE, Institut national de la statistique, 1994, *Enquête démographique et de santé*, Abidjan, 294 p.
- DÉDY S. et GOZÉ T., 1990, *Étude des connaissances, attitudes et pratiques sur le sida et les comportements sexuels en Côte-d'Ivoire. Rapport d'enquête*, Abidjan, PNLS.
- DÉDY S. *et al.*, 1995, "Sida et procréation en Côte-d'Ivoire. Une enquête à Yopougon en 1995", résumé WeD838, IX<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, 10-14 décembre 1995, Kampala (Ouganda), 135 p.
- DESCLAUX A., 1997, *Dépistage et conseil dans l'infection à VIH en Afrique*, bibliographie annotée, 40 p.
- DESCLAUX A. et RAYNAUT C., 1998, *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, 326 p.
- DJOMAND G. *et al.*, 1995, "The Epidemic of HIV/AIDS in Abidjan, Côte-d'Ivoire : a Review of Data Collected by Projet Retro-CI from 1987 to 1993", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes Human Retrovirus*, n° 10, pp. 358-365.
- DOZON J.-P. et FASSIN D., 1989, "Raison épidémiologique et raison d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique", *Sciences sociales et santé*, VII(1), pp. 21-36.
- DOZON J.-P., 1993, "Le problème de l'annonce de la séropositivité en Afrique", *Sociétés d'Afrique et sida*, n° 1, 2 p.
- DOZON J.-P. et GUILLAUME A., 1994, "Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida", in *Populations africaines et sida, op. cit.*
- EKPINI E. *et al.*, 1994, "Late Postnatal Mother-to-Child Transmission in Abidjan, Côte-d'Ivoire", Abstract 218 C, IX<sup>th</sup> International Conference on AIDS, 7-12 August 1994, Yokohama (Japan).
- ESMEL D. *et al.*, 1997, "Tous unis dans l'espoir ?", *Les Cahiers Santé*, n° 2, pp. 143-144.
- ETCHEPARE M. et C., 1998, "Sida en Afrique, analyse par pays", Dakar, *ENDA* (Série études et recherche, 196-197-198-199).

- FASSIN D. et DOZON J.-P., 1988, "Les États africains à l'épreuve du sida", *Politique africaine*, n° 32, pp. 79-85.
- FASSIN D., 1994, "Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo", *Annales Histoire, Sciences sociales*, 49(4), pp. 745-775.
- FOSTER S., 1994, *Cost and Burden of AIDS on the Zambian Health Care System: Policies to Mitigate the Impact on Health Services*, London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- FRANCE, Ministère de la Coopération, Sous-direction de la Santé et du Développement social, 1994, DEV/S, *La coopération française et la lutte contre le sida en Afrique*, Paris.
- FRANCE, Ministère de la Coopération, Direction du Développement, 1996, *La coopération française et la lutte contre le sida*, dépliant, Paris.
- FRANCE, Mission de Coopération et d'Action culturelle, 1997, *Infection à VIH, sida et coopération sanitaire française en Côte-d'Ivoire*, Abidjan, janvier 1997, 9 p.
- Fraternité-Matin*, 1987, Commentaire du ministre de la Santé de Côte-d'Ivoire, 18 mars 1987, 4 p.
- GAYLE H. *et al.*, 1992, "HIV1 and HIV2 Infection in Children in Abidjan, Côte-d'Ivoire", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes Human Retrovirus*, n° 5, pp. 513-517.
- GERSHY-DAMET G.M. *et al.*, 1991, "Seroepidemiological Survey of HIV1 and HIV2 Infections in the Five Regions of Côte-d'Ivoire", *AIDS*, n° 5, pp. 462-463.
- GRMEK M., 1989, *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot, 418 p.
- GRIFFITHS A., 1997, *The Economic Impact of AIDS*, 1988, unpublished, cité par Union européenne *et al.*
- GROUPE DE RÉFLEXION CONSULTATIF AUPRÈS DU PNLIS SUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH EN CÔTE-D'IVOIRE, 1995, *Éléments pour une politique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte-d'Ivoire*, Rapport final, Abidjan, juin, 45 p.
- GROUPE INTERNATIONAL DE TRAVAIL SUR LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH, 1994, "Estimation du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant : problèmes méthodologiques et estimations actuelles", rapport de deux ateliers de travail, février 1992 et septembre 1993, Gand (Belgique), *Cahiers Santé*, n° 4, pp. 73-86.
- GRUÉNAIS M.E., 1994, *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo. Action incitative ORSTOM sciences sociales, département santé, UR "Sociétés, Populations, Santé", Rapport final*, novembre 1994.
- GRUÉNAIS M.E. et VIDAL L., 1994, "L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. Introduction", *Psychopathologie africaine*, 26(2), pp. 149-153.
- GRUÉNAIS M.E., 1995, "Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo", in *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, ORSTOM, 391 p.
- GUESSAN Bi G. et PORTAL J.-L., 1994, *Effets de la dévaluation du franc CFA sur l'accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan Côte-d'Ivoire*, Abidjan, Direction régionale de la Santé et des Affaires sociales du Sud, novembre 1994.
- HASSIG S.E. *et al.*, 1990, "An Analysis of Economic Impact of HIV Infection among Patients at Mama Yemo Hospital, Kinshasa, Zaïre", *AIDS*, n° 9, pp. 883-887.
- HASSOUN J., 1997, *Le sang gâté. Rencontres avec les femmes malades du sida à Abidjan*, notes personnelles, 188 p.
- HELLINGER F.J., 1990, "Updated Forecasts of the Costs of Medical Care for Persons with AIDS 1989-1993", *Public Health Reports*, 105(1), pp. 1-12.
- KADIO A. *et al.*, 1993, "Évaluation des dépenses en médicaments des patients atteints d'infections opportunistes du sida en ambulatoire et en hospitalisation à Treichville, Abidjan, Côte-d'Ivoire", résumé TrT004, VIII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, décembre 1993, Marrakech (Maroc).
- KEROUEDAN D., DOSSO M. et KONAN N'D., 1993, "Les premières journées nationales de lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire. 'Le sida au quotidien : un effort national' ", *Cahiers Santé*, n° 3, pp. 200-202.
- KEROUEDAN D. *et al.*, 1993, "La lutte contre le sida dans les entreprises privées d'Abidjan", *Sociétés d'Afrique et sida*, n° 2, 6 p.
- KEROUEDAN D., 1994a, *La politique de santé des Communautés européennes dans le cadre de ses relations avec les pays ACP*, 35 p. (Mém. D.U. : Politiques de santé européennes : Centre européen universitaire, Nancy : juin 1994).
- KEROUEDAN D. *et al.*, 1994b, "Réflexions sur la transfusion sanguine en Afrique au temps de l'épidémie de sida. État des lieux et perspectives en Côte-d'Ivoire", *Cahiers Santé*, n° 4, pp. 37-42.
- KEROUEDAN D., 1995, "Les femmes africaines face au sida : le droit de savoir pour le droit d'exister séropositives", *Cahiers Santé*, n° 5, pp. 259-261.
- KEROUEDAN D. *et al.*, 1995a, "Les malades du sida en Afrique, donnée incontournable pour la conception et la mise en place de mécanismes de financement des soins de santé", Présentation orale, au Colloque international sur les

- innovations dans la pratique médicale et dans le financement de la santé en Afrique au sud du Sahara, 16-18 février 1995, Bamako.
- 1995b, “Décentralisation de la prise en charge des malades du sida dans les formations sanitaires périphériques d’Abidjan, Côte-d’Ivoire”, communication orale, in Congrès de la Société française de santé publique et de l’ADELF, 1995, Nancy.
- KEROUEDAN D., DAVID H.A. et COULIBALY I.M., 1995c, “Dépenses en soins et traitements des malades de sida à Abidjan, Côte-d’Ivoire”, résumé WeD264, IX<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, *op. cit.*
- KEROUEDAN D., 1997a, “Access to Antiviral Therapies in African Countries”, *The Lancet*, n° 349, 1704 p.
- 1997b, *Rapport de propositions à l’Inspecteur général de la santé publique sur le devenir de l’Unité de soins ambulatoires et de conseil (USAC) au CHU de Treichville*, Abidjan, avril, 15 p.
- KEROUEDAN D., 1998, “La Coopération française et la lutte contre le sida en Afrique francophone sur la période 1987-1997 : le cas de la Côte-d’Ivoire en Afrique de l’Ouest” in *Rapport de l’Observatoire permanent de la Coopération française*, Paris, OPCF.
- 1998, “Lutter contre le sida en Afrique de l’Ouest : quelles perspectives en cette fin de siècle ? À partir du cas de la Côte-d’Ivoire observé sur la période 1987-1997”, *Santé publique*, 10(2), pp. 203-218.
- KEROUEDAN D., DESCHAMPS J.-P. et COULIBALY I.M., 1998, “Formation des personnels de santé à la prise en charge des malades du sida. L’expérience ivoirienne sur la période 1987-1997”, in *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris Karthala, 326 p.
- KEROUEDAN D., 1999, “Que peut-on attendre des associations de personnes vivant avec le VIH en milieu urbain en Afrique ? Le cas de l’association Lumière Action en Côte-d’Ivoire”, in *Dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA.
- KONÉ T. *et al.*, 1994, *L’impact économique du sida dans les entreprises privées d’Abidjan, rapport au PNL*, Abidjan, février 1994, 43 p.
- KOUAKOU N’G. *et al.*, 1994, *Étude d’acceptabilité d’un centre de soutien aux enfants et aux familles affectées par l’épidémie de sida à Bouaké*, Côte-d’Ivoire, rapport final, Université de Bouaké, décembre 1994, 135 p.
- KOUAKOU N’G. *et al.*, 1995, *Les orphelins du sida en Côte-d’Ivoire. Questions d’une intégration sociale*, Université de Bouaké, novembre 1995, 140 p.
- LAGA M., NZILA N. et GOEMAN J., 1991, “The Interrelationship of Sexually Transmitted Diseases and HIV Infection : Implications for the Control of both Epidemics in Africa”, *AIDS*, 5(suppl. 1), pp. S55-S63.
- LAVOLLAY M., 1996, “La (non-) annonce de la séropositivité”, *Le Journal du sida*, n° 86-87, pp. 59-61.
- LAVOLLAY M., 1996, “Quand USAID et GPA s’opposaient au dépistage conseil...”, *Le Journal du sida*, n° 86-87, pp. 61-62.
- LUCAS S.B. *et al.*, 1993, “The Mortality and Pathology of HIV Infection in a West African City”, *AIDS*, n° 7, pp. 1569-1579.
- LURIE P., HINTZEN P. et LOWE R.A., 1995, “Socio-Economic Obstacles to HIV Prevention and Treatment in Developing Countries : The Roles of the International Monetary Fund and the World Bank”, *AIDS*, n° 9, pp. 539-546.
- MANN J., TARANTOLA D. et NETTER T.W., 1992, *AIDS in the World : A Global Report*, Boston, Boston Harvard University Press.
- MANN J., 1993, *Coalition pour une politique mondiale contre le sida. Vers une nouvelle politique de santé contre le sida*, Harvard, Centre François-Xavier Bagnoud pour les droits de l’homme et la santé, juin, 16 p.
- MARCHAL C., 1994, “Programme du ministère français de la Coopération” in *Populations africaines et sida, op. cit.*
- MERTENS T., HAYES R.J. et SMITH P. G., 1991, “Epidemiologic Methods to Study the Intereaction between HIV Infection and other Sexually Transmitted Diseases”, *AIDS*, n° 4, pp. 57-65.
- Morbidity and mortality weekly report, 1998, Administration of Zidovudine During Late Pregnancy and Delivery to Prevent Perinatal HIV Transmission, Thaïland, 1996-1998, March 6.*
- MSELLATI P. 1996, “Vers une proposition du test VIH aux femmes enceintes”, *Le Journal du sida*, n° 86-87, pp. 90-92.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), Global Programme on AIDS (GPA), 1992, *Déclaration de la consultation sur le dépistage de l’infection à VIH et le conseil*, Genève, OMS, novembre 1992.
- OMS et FONDS DES NATIONS UNIES POUR L’ENFANCE, 1992, “Allaitement maternel et sida : faire un choix bien renseigné”. Résumé de la déclaration de consensus de l’OMS/UNICEF sur l’allaitement maternel et la transmission du sida, Genève, 1er mai 1992.
- OMS, 1993, *La stratégie mondiale de lutte contre le sida. OMS Sida* (Genève) (Série, 11).
- OMS, Groupe spécial sur la coordination de la lutte contre le VIH/sida, 1993, *Principes directeurs pour la coordination de la lutte contre le VIH/sida au niveau des pays : schéma général*, Genève, OMS.

- OMS, GPA et LONDON SCHOOL OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE, 1993, *The Costs of HIV/AIDS Prevention Strategies in Developing Countries*, Genève, OMS.
- OMS et GPA, 1995, "Effective Approaches for the Prevention of HIV/AIDS in Women". Report of Meeting February, Geneva.
- 1995, *Counselling for HIV/AIDS : a Key to Caring. For Policy Pakers, Planners and Implementors of Counselling Activities*.
- OMS, 1996, *Revue externe du Programme de lutte contre le sida et les MST*, Genève, OMS.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES SUR LE SIDA (ONUSIDA), 1996, "Prévention du sida : des signes encourageants", feuillet de la Journée mondiale du sida.
- 1996, "VIH et allaitement du jeune enfant : déclaration intérimaire", *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n° 39, 1 p.
- 1997, *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/sida*, décembre 1997, 13 p.
- OVER M., 1988, "The Direct and Indirect Costs of HIV in Developing Countries : The Cases of Zaïre and Tanzania", pp. 123-135 in A. Flemming *et al.*, eds, *The Global Impact of AIDS*, New-York, Alna R. Liss.
- OVER M. et PIOT P., 1991, "HIV Infection and other Sexually Transmitted Diseases", in D.T. Jamison and W.H. Mosely, eds, *The World Bank Health Sector Priorities Review. White Cover Report*, New-York, Oxford University Press for the World Bank.
- PEPIN J. *et al.*, 1989, "The Interaction of HIV Infection and other Sexually Transmitted Diseases : an Opportunity for Intervention", *AIDS*, n° 3, pp. 3-9.
- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LES MST ET LA TUBERCULOSE DE CÔTE-D'IVOIRE, 1996, *Rapport de notification des cas de sida de l'année 1996*, décembre 1996.
- 1997, *Politique d'approvisionnement, de distribution et de tarification pour les réactifs sérologiques de dépistage de l'infection à VIH en Côte-d'Ivoire, rapport PNLIS-CNTS*, 18 p.
- POPULATION SERVICE INTERNATIONAL, 1996, *Rapport d'activités Côte-d'Ivoire*.
- PUJOLLE T., 1994, *L'Afrique noire*, Paris, Flammarion (Dominos).
- QUINN T.C. *et al.*, 1986, "AIDS in Africa, an Epidemiological Paradigm", *Science*, n° 234, pp. 955-963.
- RAYNAUT C. et MUHONGAYIRE F., 1995, "Chronique d'une mort annoncée : problèmes d'éthique et de méthode posés par l'application de la démarche anthropologique au suivi des familles touchées par le sida (à partir du cas rwandais)", in *Les Sciences sociales face au sida, op. cit.*
- RAYNAUT C., 1996, "Dépistage et conseil en question à Vancouver", *Sociétés d'Afrique et sida*, n° 14, 2 p.
- RICARD D., LOUIS J.-P. et KEROUEDAN D., 1997, "Réflexion sur l'utilisation des antirétroviraux en Afrique", résumé n° 081B741, X<sup>e</sup> Conférence internationale du sida et des MST en Afrique, *op. cit.*
- ROSANVALLON P., 1990, *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil.
- SCHUTZ R. *et al.*, 1993, "Excluding Blood Donors at Risk of HIV Infection in a West African City", *British Medical Journal*, n° 307, pp. 1517-1519.
- SCITOVSKI A. et RICE D.P., 1987, "Estimates of the Direct and Indirect Costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986, and 1991", *Public Health Reports*, 102(1), pp. 5-17.
- SCITOVSKI A. et OVER M., 1988, "AIDS : Cost of Care in the Developing and the Developed World", *AIDS*, n° 2, pp. S71-S81.
- SEELEY J. *et al.*, 1994, "Socio-Economic Status, Gender and Risk of HIV1 Infection in a Rural Community in South West Uganda", *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1), pp. 78-79.
- SHEPARD D.S., 1989, "Costs of AIDS in a Developing Area : Indirect and Direct Costs of AIDS in Puerto Rico", pp. 226-237 in D. Schwefel *et al.*, eds, *Economic Aspects of AIDS and HIV Infection*, Germany, Springer, 1989.
- SHEPARD S.D. and BAIL R.N., 1992, *Cost of Care for Persons with AIDS in Rwanda. Bigel Institute for Health Policy*, Waltham (MA 02254-9110 USA), Brandeis University, Heller School, Revised 1992.
- SMETS P. et KEROUEDAN D., 1993, "Engagement politique contre la pandémie", *Sidalerte*, n° 26, 10 p.
- SÖDERLUND N. *et al.*, 1993, "The Costs of HIV Prevention Strategies in Developing Countries", *Bulletin of the World Health Organisation (Bulletin WHO)*, 71(5), pp. 595-604.
- SORO B.N., GERSHY-DAMET G.M. and COULIBALY A., 1990, "Seroprevalence of HIV Infection in the General Population of the Côte-d'Ivoire, West Africa", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, n° 2, pp. 1193-1196.
- SORO B. *et al.*, 1992, "The Present and Future Course of the AIDS Epidemic in Côte-d'Ivoire", *Bulletin WHO*, n° 70, pp. 117-123.



- SOYINKA F., 1996, "Physician's Dilemma in AIDS Care in African Countries", International Symposium : Social Sciences and AIDS in Africa, October 1996, Dakar.
- SYLLA-KOKO F. *et al.*, 1995, "Séroprévalence de l'infection à VIH dans les consultations prénatales à Abidjan, Côte-d'Ivoire", résumé n° TuC626, pp. 10-14, IX<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, *op. cit.*
- TEMMERMAN M. *et al.*, 1995, "The Right not to Know HIV Results", *The Lancet*, n° 345, pp. 969-970.
- TIJOU A., 1997, *Commentaire du récit de vie de Christine*, Abidjan, mai.
- ULLIN P., 1992, "African Women and AIDS: Negotiating Behavioral Change", *Social Science and Medicine*, 34(1), pp. 63-73.
- UNAIDS, 1995, *Country Support Framework. Mode of Operations at Country Level*, Working Draft, November 1995.
- 1995, *Strategic Plan*, Revised December 1995.
- 1996, *The HIV/AIDS Situation in Mid 1996. Fact Sheet*, 1 July 1996.
- 1997, *PNLS Côte-d'Ivoire : Country Profiles*, janvier 1997.
- UNION EUROPÉENNE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES DE CÔTE-D'IVOIRE, CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE, 1997, *Sida et secteur santé : analyse des conséquences et stratégies de réponse. Le cas de la Côte-d'Ivoire, Rapport final*, octobre 1997, 321 p.
- UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID), 1994, *Family Health and AIDS. West and Central Africa Project*.
- VIDAL L., 1996, *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos.
- VIENS P., 1996, "Le GPA attendait des PNLS une soumission totale...", *Le Journal du sida*, n° 86, pp. 106-108.
- WASSERHEIT J.N., 1992, "Interrelationships Between Human Immunodeficiency Virus and other Sexually Transmitted Diseases", *Sexual Transmitted Diseases*, n° 19, pp. 61-77.
- WELFENS-EKRA C. *et al.*, 1995, "Mise en place de la proposition systématique du test de dépistage pour le VIH des femmes enceintes à Yopougon, Abidjan, Côte-d'Ivoire 1995", résumé WeD850, IX<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, *op. cit.*
- 1997, "Évaluation de la Zidovudine (AZT) pour diminuer la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH en Afrique : un essai de phase II en Afrique de l'Ouest, 1995-1997 (Essai ANRS 049a)", présentation orale n° B. 396, X<sup>e</sup> Conférence internationale du sida et des MST en Afrique, *op. cit.*
- WILLIAMS A., 1995, "Economics, QALYs and Medical Ethics, a Health Economist's Perspective", *Health Care Analysis*, n° 3, pp. 221-226.
- WILLIAMS G., BLIBOLO A. et KEROUEDAN D., 1995, "Colmater les brèches. Stratégies pour l'espoir", *Action Aid*, n° 10, 61 p.
- WORLD BANK, 1997, *Confronting AIDS : Public Priorities in a Global Epidemic, a World Bank Policy Research Report*, 353 p.

## Introduction à la question du sida en Afrique

### Politique publique et dynamiques sociales

L'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus touchée par le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA). Sur les 33,4 millions de personnes porteuses du virus d'immuno-déficience humaine (VIH) responsable du sida<sup>1</sup>, les deux tiers vivent sur ce sous-continent, à savoir 22,5 millions de personnes (UNAIDS, 1998). Depuis le début de la pandémie, on estime que 11 millions d'Africains sont morts du sida<sup>1</sup>. Pour autant, la présentation médiatique et spectaculaire de cette réalité tragique masque des faits fondamentaux : la grande diversité des situations épidémiologiques, sanitaires et politiques.

TABLEAU 1 – BILAN 1998 DES PERSONNES ATTEINTES  
PAR LE VIH/SIDA DANS LE MONDE

<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>22,5 millions</b>
Asie du Sud-Est	6,7 millions
Amérique latine	1,4 million
Amérique du Nord	890 000
Europe occidentale	500 000
Caraïbes	330 000
Europe orientale et Asie centrale	270 000
Australie et Nouvelle-Zélande	12 000
<b>Total</b>	<b>33,4 millions</b>

*Source : UNAIDS/ONUSIDA, 1998, AIDS Epidemic Update: December 1998, Genève, UNAIDS/World Health Organisation (WHO), 17 p.*

D'une région à l'autre, d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays, d'une aire géographique à l'autre, le sida illustre des problématiques et des réponses variables. Par exemple, si le Sénégal est crédité d'un taux de séroprévalence<sup>2</sup> relativement bas (1,5 % de la population générale), la Côte-d'Ivoire culmine dans la même sous-région africaine à environ 10 % avec un pic de 20 % pour sa capitale, Abidjan (Delaunay, 1998). De la même manière, la région agricole du Rakai au sud-est de l'Ouganda connaît des taux de séroprévalence qui se situent entre 50 à 60 % (Prolongeau, 1994 ; Barnett et Blaikie, 1992) alors que les zones urbaines étaient considérées comme étant les plus touchées par le VIH : environ 30 % de la population de Kampala est estimée atteinte par le VIH. Depuis le dernier bilan de l'Organisation des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA/UNAIDS), on sait que la situation des pays de l'Afrique australe est celle qui s'est la plus aggravée. Le Zimbabwe est ainsi devenu, après l'Ouganda, le pays le plus touché par la maladie : un quart de la population adulte est atteint par le VIH/sida (UNAIDS, 1998, p. 8).

Le rituel "médiatico-catastrophiste" qui circule dans les organes de presse africains et occidentaux à l'occasion de manifestations internationales (conférences, journée mondiale contre le sida, etc.), relègue au second plan les contradictions internationales et la variété des réponses nationales qui font du sida un enjeu politique, une épreuve difficile pour la santé publique et la médecine, une question "neuve" et stimulante pour les sciences de l'homme et de la société. C'est aussi pour illustrer le rôle et les limites de celles-ci que les textes présentés dans ce volume méritent l'attention des lecteurs habitués à la vie politique africaine, le but étant de mettre en exergue la conjonction de variables et de questions qui font du sida un choc épidémiologique, un véritable défi politique et, *in fine*, un objet pour les sciences du politique.

Le sida représente un prisme, un miroir grossissant des dynamiques et des mutations sociales, des crises politiques et économiques qui marquent le continent africain (plus qu'elles ne le "traversent"), notamment depuis les années 1980. La lutte contre la maladie est présentée dans ces textes par D. Kerouedan, autour d'une problématique soulignant l'enjeu international et l'effet d'externalité qui influencent et conditionnent les mobilisations locales dans les pays africains, en l'occurrence en Côte-d'Ivoire. La séquence temporelle sur laquelle s'appuie l'investigation de l'auteur offre l'occasion de soulever les questions fondamentales que le sida impose à la santé publique et aux sciences sociales en Afrique. Le nœud gordien de la problématique d'ensemble est la question épineuse de la mise en œuvre, dès 1987, d'une politique publique "importée" et proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à des États africains en situation de grande fragilité/instabilité politique et économique. De cette date à nos jours, les logiques et les contradictions politiques, sociales et économiques face au sida ont connu des évolutions qui ont d'abord été significatives de l'anomie relative des États et des systèmes de santé africains. Elles témoignent de plus en plus d'une appropriation progressive, souvent parcellaire, de l'action contre le sida par les sociétés africaines. Bien que les premières questions soulevées par l'émergence du sida aient été du domaine de la médecine et de la santé publique, la contribution des sciences sociales a tôt fait d'être sollicitée.

C'est suite à cette dynamique que les professionnels des sciences sociales, après plus d'une décennie de réflexion sur le sida en Afrique, peuvent commencer à tirer des enseignements pertinents pour leurs propres disciplines et pour la santé publique. Il s'agit, en effet, de réaffirmer que le sida, objet "nouveau" de recherche, a permis de confirmer et d'affiner des démarches et des méthodes classiques en sciences sociales. C'est à ce titre que le travail de D. Kerouedan nous sert ici de socle pour poser le sida en tant qu'objet politique, sociologique et anthropologique. On articulera cette réflexion autour de deux grands axes :

– Le politique et les répertoires de l'action collective à l'épreuve du sida : lorsque la pandémie commence à s'imposer comme réalité épidémiologique et épreuve de santé publique au début des années 1980 dans certains pays d'Afrique centrale et orientale (par exemple au Rwanda, en Ouganda, et dans l'ex-Zaïre), son avènement rencontre des États fragilisés par une marginalisation économique et une déliquescence des ressources matérielles et politiques. Éprouvés par des crises diverses, ils sont appelés à réagir à cette épidémie. Pour autant, il serait simpliste de résumer leur action aux rapports entretenus avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui a dicté les règles générales de la lutte contre l'épidémie en 1987, puisque certains pays avaient déjà commencé à se préoccuper de la question bien avant son intervention. Si les velléités d'action de certaines autorités sanitaires ont été enterrées, c'est en lien direct avec les crises politiques et les guerres qui ont réduit les États à néant. Le Rwanda et le Zaïre en sont deux exemples tragiquement emblématiques.

Il faudrait tenter de dégager les modalités et les causes qui expliquent que la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne aura rencontré une relative inertie des autorités sanitaires et politiques. Il s'agit de montrer les conditions dans lesquelles l'objet sida a dû se construire et montrer pourquoi les États africains ont subi en partie les aléas des directives internationales qui leur furent proposées par l'OMS, notamment par la mise en œuvre des Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) à partir 1987.

Cet axe de la réflexion permet de souligner que la lutte contre la maladie confronte des réalités épidémiologiques objectives à la nécessité de construire socialement des discours et des pratiques politiques légitimés par les sociétés auxquelles cette lutte est censée s'adresser. Le contexte international et les contingences locales rencontrent, pour chaque pays, une conjonction de facteurs qui expliquent la faiblesse de certains résultats en matière de prévention. Ici, c'est la confrontation à la maladie qui explique la qualité des mobilisations (Ouganda), là, c'est plutôt la rigueur des dynamiques culturelles, religieuses et politiques relatives à l'encadrement et à la régulation sociale – voire au contrôle social – qui servent d'argument aux responsables sanitaires (Sénégal) pour justifier des succès en matière de lutte contre le sida.

Dans cette optique, il est nécessaire d'analyser la lente mobilisation collective qui s'est dessinée depuis plus d'une décennie, en soulignant les spécificités des répertoires de l'action collective qui ont précédé et/ou épousé l'avènement du sida. Les deux aspects de l'action contre la maladie – lutte institutionnelle et mobilisation des sociétés civiles – ont montré plus de contradictions que de synergie dans un premier temps, d'où des incohérences dans les résultats observés tant au niveau des actions de prévention que de la prise en charge des personnes atteintes. De fait, il n'est plus possible d'analyser et/ou d'évaluer ce qu'est une politique publique, sans les principes scientifiques qui ont présidé à la dynamique de ce type d'analyse dans le champ des sciences du politique (Duran et Monnier, 1992 ; Anderson, 1979). Il s'agit donc aussi d'inviter les professionnels de la santé publique à la table de la sociologie et de la science politique, de telle sorte qu'il soit enfin évident que la réflexion sur le sida ne peut faire l'économie d'une analyse de l'État en Afrique corrélée à celles des politiques publiques.

L'épreuve politique du sida (Dozon et Fassin, 1989 ; 1988) a connu des réponses variables allant de l'engagement formel, ou de l'opposition idéologique sous forme de déni ou de minimisation de la maladie, jusqu'au positionnement stratégique, pour recevoir de nouvelles formes d'aide et d'assistance puis des capitaux symboliques et statutaires – pour le personnel biomédical notamment<sup>3</sup>. Quelle que soit la réalité épidémiologique, l'appréhension sociale du "risque sida"

est toujours l'effet d'une légitimation collective d'une réalité. Ce processus de légitimation nécessite des médiations politiques et sociales qui permettent une compréhension et une adhésion collectives. Plusieurs exemples, empruntés à des pays différents, nous permettront d'analyser les modalités générales et les spécificités géopolitiques de cette légitimation (ou non) de la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne.

Les crises et les contraintes socio-économiques et politiques ont pesé sur ce processus et expliquent l'aspect anémique que la lutte contre le sida a connu en Afrique durant la première décennie de la pandémie. L'externalité de la conception de la lutte institutionnelle contre le sida, inspirée et proposée par l'OMS, permet de postuler qu'il s'agit, en théorie et en pratique, d' "un modèle dissonant de politique publique". Le face-à-face entre les organismes de coopération et les États africains, puis la lente émergence d'organes dits "civils" (associations, groupements, etc.) ont fortement joué sur les dynamiques internes qui construisent (ou pas) le sida en tant que "fait social", c'est-à-dire comme un fait qui s'impose à l'ensemble du corps social, voire à chaque conscience.

– Dynamiques et constructions sociales de la réalité, changement social et sida en Afrique : l'expérience sociale des personnes atteintes par le VIH/sida en Afrique constitue un axe de la recherche dont l'importance va croissant. Leur perception de la réalité et leurs réactions affectives, puis leur mobilisation sociale et/ou politique rendent compte des conditions socio-économiques dans lesquelles la lutte contre le sida s'effectue. De ce fait, la *Sociologie de l'expérience* (Dubet, 1994) et les processus d'individualisation (Marie, 1997) peuvent éclairer de manière décisive la réflexion autour de "l'objet sida". Celui-ci doit être appréhendé comme un sujet politique et une socio-anthropologie de l'expérience sociale. C'est aussi en menant ce type de réflexion de fond, que les cas comme celui de "Christine", présenté par D. Kerouedan, prennent toute leur signification et leur pertinence heuristiques, au-delà du caractère humain du témoignage et de l'empathie manifestée à travers la production scientifique de ce type de récit. En contrepoint de l'exemple de Christine, mère séropositive ivoirienne, nous montrerons que le sida produit aussi des figures originales de l'Afrique contemporaine, avec ses contraintes et ses constructions sociales, illustrant une dynamique d'individualisation. Noreen Koleba, femme séropositive ougandaise pourra servir d'illustration de ces nouvelles figures de la modernité africaine confrontée au sida. Quelques défis et enjeux imminents (les nouvelles thérapies d'une part et le sort des enfants d'autre part) font la transition entre le cas ivoirien présenté par Dominique Kerouedan – l'exemple de "Christine" étant un témoignage significatif de la manière avec laquelle l'expérience sociale peut éclairer des dynamiques collectives face au sida – et cette mise en perspective de l'Afrique face au sida.

## **La lutte contre le sida en Afrique : édiction internationale, contraintes nationales**

Lorsque la progression du sida commence à être reconnue sous sa forme épidémique dès la première moitié des années 1980 dans certains pays, les sociétés africaines subissent majoritairement des processus de dérégulation sociale, sur lesquels se greffe "le pouvoir expansionniste" de la maladie. L'Ouganda sort d'une période de troubles politiques sévères et d'une instabilité politique (Perrot, 1999) qui ne cesse qu'avec la prise de pouvoir de Y. Museveni en 1986. De même, le Rwanda est frappé de plein fouet par la maladie qui profite de la faiblesse d'un État, au sein d'un pays pauvre tiraillé par des séparatismes sociaux et des conflits identitaires larvés. Très vite, les enquêtes par sites sentinelles, auprès de certains groupes sociaux particulièrement exposés au risque de contracter le VIH/sida (femmes enceintes, donneurs de sang, etc.), révèlent des taux de séroprévalence inédits : à Kigali au Rwanda, à Kampala en Ouganda, on estime au milieu des années 1980 que plus des deux tiers des prostituées sont séropositives. Ce chiffre atteint 80 % au sein de ces groupes dits à risque dans plusieurs capitales d'Afrique centrale et orientale. Dans ces zones, la propagation du sida dépasse très vite le cadre de groupes spécifiques et ce sont toutes les populations dites sexuellement actives (les 15-49 ans) qui sont touchées : 40 % à Kampala, 30 % à Kigali par exemple.

Pour autant, c'est aussi dans des pays précocement frappés par le sida que l'on trouve les premières initiatives originales : "Au printemps 1985, avant même qu'il soit institué en France, le Rwanda, aidé par la Croix-Rouge norvégienne, organisait un dépistage des donneurs de sang et lançait parallèlement une campagne d'éducation véhiculée par la télévision, la radio et des tracts"<sup>4</sup>. Dans une logique similaire, l'ex-Zaïre a été le premier pays à mettre sur pied, avec l'aide de chercheurs belges et américains un programme de recherche biomédicale sur le sida (baptisé "Projet Sida"), dès 1984. Dans un cas comme dans l'autre, les crises politiques et étatiques ont ruiné ces efforts ; le génocide rwandais a, bien entendu, mis un terme à ces actions dont Kigali était le centre d'une part et, d'autre part, l'effondrement de l'État zaïrois et "l'archipélisation" de son territoire ont contribué à affaiblir ce type d'action qui commençait pourtant à porter ses fruits à Kinshasa.

Dès la deuxième moitié des années 1980, plus aucun pays africain n'est exclu de la reconnaissance épidémique de la maladie et le *Global Aids Program* (GPA) de l'OMS, dirigé par Jonathan Mann à l'époque, décide de solliciter les États pour que chacun d'eux mette en place un Programme national de lutte contre le sida (PNLS), dont le rôle essentiel est d'élaborer des campagnes de prévention et de surveillance du sida. Bien qu'il y ait eu quelques réticences pour certaines autorités publiques africaines à reconnaître la présence du virus dans leur pays respectif, la majorité des décideurs avait

déjà montré une certaine préoccupation de l'épidémie, en mettant en place des structures administratives de lutte. Ces réticences politiques ont relevé davantage du refus idéologique d'être le berceau du sida que d'un déni pur et simple de la maladie.

À ce titre il a été judicieux de mettre en perspective les enjeux idéologiques et l'épreuve politique représentée par le sida en Afrique, pour nuancer les accusations de laxisme ou d'apathie dont les autorités africaines ont d'abord été l'objet. Au-delà de cette mise au point effectuée par les articles désormais classiques de J.-P. Dozon et D. Fassin (1988 et 1989), il convient de mettre en exergue la relative anticipation administrative des responsables sanitaires africains vis-à-vis de l'intervention des PNLS. Ces derniers ont aussi eu pour effet d'inscrire durablement la lutte contre le sida dans une perspective transnationale au détriment des initiatives localisées et des actions internes.

### ***Des questions politiques et des réponses administratives sous contraintes internationales : le cas des Programmes nationaux de lutte contre le sida en Afrique***

Il est utile de souligner la dynamique de mise en œuvre de la lutte contre le sida en Afrique, en comparant les actions élaborées avant et après l'instauration des PNLS sous la tutelle de l'OMS. Cela permet de relativiser le poids du manichéisme entre les logiques internationales et les contingences liées à chaque pays africain. Le tableau qui suit permet d'établir, pour cinq pays, une chronologie sommaire de la lutte contre le sida en Afrique dont l'initiative de l'OMS est davantage un "tournant" qu'un commencement. En effet, le début effectif de la lutte institutionnelle coïncide pour sa part avec le diagnostic des premiers cas de sida sur chaque territoire. L'avènement des PNLS en 1986 et 1987 s'est greffé sur des structures conçues localement. Celles-ci, verticales standardisées, proposées par l'OMS aux États africains et initiées par l'organisation internationale, ont renforcé le pouvoir de leurs initiateurs. Dans le même temps, elles ont conduit à un effet pervers : l'émergence de logiques instrumentales qui ont lié les autorités locales et les bailleurs de fonds – principalement l'OMS par le biais du *Global Aids Program* de 1987 à 1996 –, au détriment de l'action envers les populations.

Les crises socio-économiques des années 1980 et 1990 en Afrique sont contemporaines de la propagation du sida. C'est donc autour de l'année 1985 que les premières structures de lutte contre l'épidémie sont majoritairement nées, peu après le diagnostic et la reconnaissance des premiers cas. En revanche, dans les pays des Grands Lacs, la *AIDS Belt*, (la pandémie), avait déjà atteint des proportions très importantes reconnues par les autorités de tutelle dès la première moitié des années 1980 – Rwanda, ex-Zaïre, Ouganda, Tanzanie notamment. L'avènement du sida coïncidait aussi avec l'accélération de la crise économique et de l'affaiblissement politique des États africains, privés de leur pouvoir de régulation et de redistribution sociale. Au-delà des questions idéologiques et identitaires, la question du sida les soumettait à une épreuve majeure qui dénuait l'impuissance effective de ces systèmes politiques face à des besoins internes. Les processus dits de "démocratisation" devaient contribuer à les fragiliser : leurs carences en termes d'organisation politique et de régulation sociale s'exposaient au "miroir grossissant" du sida.

Sous la conduite de médecins, les premiers comités de lutte et/ou de surveillance épidémiologique du sida des pays africains, suivaient des trajectoires politiques et administratives variables. Une comparaison entre quelques pays permet de mieux saisir ce phénomène. L'étude comparative (Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal) dirigée par Marc-Eric Gruénais entre 1997 et 1999, offre un cadre adéquat pour appréhender les grandes tendances communes à chacun de ces pays et, surtout, un éclairage fécond sur les spécificités de chacun d'eux (Gruénais, 1999). En Afrique de l'Ouest, la comparaison entre la Côte-d'Ivoire et le Sénégal, par exemple, livre quelques enseignements importants. Après avoir traversé une phase de déni de la maladie, ces deux pays ont épousé la dynamique de la lutte contre le sida dès la seconde moitié des années 1980. La phase de "déni du sida" n'explique pas sa progression épidémiologique puisque les deux pays ont connu, du point de vue de l'ampleur de la maladie, des destins dissemblables après avoir refusé, l'un et l'autre, d'admettre l'avènement de la pandémie sur leur territoire respectif. En effet, la Côte-d'Ivoire est aujourd'hui, en Afrique de l'Ouest, le pays le plus touché par le sida, devenu aussi la première cause de mortalité chez les adultes à Abidjan. À l'inverse, le Sénégal est crédité du taux de séroprévalence le plus bas de la sous-région et du continent. C'est en 1988 seulement, que les premières campagnes de sensibilisation et d'information voient le jour dans les deux pays. D'un point de vue politique, ils ont "investi" de manière différente le champ international de la lutte contre le sida.

"(...) alors que le Sénégal s'est affirmé comme le pays de la découverte du VIH2, la Côte-d'Ivoire a tout particulièrement attiré l'attention des agences de coopération bilatérale et internationale, pour aboutir à la X<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique tenue à Abidjan en décembre 1997 et qui a officialisé l'engagement de l'ONUSIDA et de la France notamment en faveur de l'utilisation des antirétroviraux sur le continent africain. (...) le Sénégal en revanche, semble davantage briller par la qualité de ses travaux virologiques" (Gruénais, 1999, p. 12).

Il faut se demander ce qui explique ce taux général de 10 % de prévalence en Côte-d'Ivoire, malgré des engagements qui semblent effectifs aux sommets de l'État. C'est en analysant les situations économiques, sociales et politiques, les rapports entre État et société civile que l'on peut prétendre énoncer quelques hypothèses en termes d'analyse du "lien social", c'est-à-dire celui qui relie entre eux les différents corps de la société, en permettant qu'une décision prise au

sommet puisse connaître quelques traductions concrètes, voire l’adhésion d’une partie conséquente du corps social. Pour l’heure, si l’on continue à déconstruire le site étatique à l’épreuve du sida en Afrique, une autre comparaison peut aussi permettre d’appréhender les modalités de ce lien social aux prises avec des décisions politiques et administratives.

Pays	Année de diagnostic du ou des premiers cas de sida	Année de création et intitulé de la 1 <sup>ère</sup> structure de lutte contre le sida	Année de création du PNLs sous la tutelle l’OMS
Cameroun	1985	1985 : Comité de suivi sur le sida	1987
Congo	1983	1985 : Comité national de diagnostic et de lutte contre le sida	1987
Côte-d’Ivoire	1985	1986 : Groupe de travail sur le sida en Côte-d’Ivoire	1987
Kenya	1984	1985 : <i>The National Aids Committee</i>	1987
Sénégal	1986	1986 : Comité national pluridisciplinaire de prévention du sida	1986

Source : M.-E. Gruénais et al., *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports état/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte-d’Ivoire, Kenya, Sénégal), Rapport final*, IRD/ANRS, mars 1999, 283 p.

En Afrique centrale, le Cameroun et le Congo connaissent eux aussi des destins différents. Après avoir été classés tous les deux parmi les pays dits à revenus intermédiaires – avec la Côte-d’Ivoire, le Sénégal, le Kenya et le Gabon –, ces deux pays ont subi une très forte récession économique au cours des années de crise. À une relative stabilité politique d’un système semi-autoritaire à parti unique au Cameroun jusqu’en 1990, le Congo a opposé un parcours centralisé sous la forme d’un parti unique d’inspiration marxiste-léniniste marqué par des secousses récurrentes jusqu’à la guerre civile actuelle. Pour les deux pays, l’entrée dans le processus de libéralisation de la vie politique a été chaotique et symbolisait l’effondrement de la mystique de l’État démiurge. L’insubordination politique et la pression populaire signifiaient le refus des inégalités sociales certes, mais manifestaient aussi et surtout la faillite des services publics, en particulier ceux qui concernaient la santé et l’éducation.

Dans les deux cas, il fut question de créer les modalités d’une politique publique dans une situation où la possibilité de gérer des besoins sociaux, ou encore la capacité de réguler des comportements s’avéraient particulièrement ardues. De fait, la politique publique de lutte contre le sida a relevé, dans un cas comme dans l’autre, de l’investissement scientifique dans le champ biomédical international de médecins. Le professeur Kaptué pour le Cameroun, le Dr M’Pelé pour le Congo, firent valoir des compétences scientifiques et techniques en organisant la lutte contre le sida dans leur pays respectif, bien plus qu’ils n’incarnèrent des acteurs sociaux de la santé publique, qu’aucune pression par ailleurs ne leur demandait de devenir. Dans chacun des deux cas, une réunion scientifique internationale fut le moment clé du départ de leur gestion du sida. Au Cameroun ce fut l’organisation de la VII<sup>e</sup> Conférence sur le sida en Afrique en 1992, précédée du II<sup>e</sup> Symposium international d’information et d’éducation en octobre 1989 (Eboko, 1996, p. 137). Au Congo, ce fut, la tenue du Symposium national sur le sida en décembre 1987, sous la houlette du Dr M’Pelé et officiellement présidé par l’épouse du chef de l’État congolais (Gauvrit, 1999, p. 96). Cette similarité des processus n’est nuancée que par la précocité avec laquelle les autorités congolaises ont réagi face au problème du sida. Cette nuance s’explique aussi par les dynamiques épidémiologiques qui ont fait du Cameroun et du Nigeria, des “miraculés” au début de la pandémie. Toujours est-il que le premier comité de suivi sur le sida est créé au Cameroun en 1985, alors que, de l’aveu de son initiateur, aucun cas de sida n’est officiellement répertorié dans le pays. La relative promptitude avec laquelle ces deux pays ont réagi à la progression officielle du sida d’une part et la progression rapide de la maladie d’autre part, permet de relativiser le rapport de causalité entre la mise en œuvre de ces structures administratives et l’efficacité de la lutte contre le sida. En 1998, le Cameroun atteignait un taux de séroprévalence de 6,5 % ; ce taux est estimé à plus de 10 % pour le Congo. Dans le premier cas, il est question d’une progression exponentielle et spectaculaire puisqu’en 1988, on estimait ce taux à 0,5 %, donc faible en comparaison de celui des autres pays africains. Dans le cas congolais, la guerre civile ne permet guère de poursuivre ce type d’analyse, étant entendu qu’il serait difficile aujourd’hui de parler de “politique publique” dans un État quasi anémique, alors que l’on commençait pourtant à parler de la stabilisation de la pandémie au Congo.

Les propositions du GPA de l'OMS ont donc abouti à l'instauration des PNLS dont la plupart sont nés entre 1985 et 1987. Bien que l'aspect politique du sida en tant qu'épreuve et défi de santé publique paraisse évident aux analystes et observateurs de cette question en Afrique (Dozon et Fassin, 1989 ; Dozon et Fassin, 1988), les autorités sanitaires et politiques ont évité d'en faire une question à débattre dans le champ politique. Plusieurs raisons expliquent cette "dépolitisation" du sida. Les premières raisons, idéologiques et identitaires, se sont exprimées sous forme de refus d'être le foyer de toutes les calamités et le "berceau du sida". Cette attitude s'est exprimée sous les modalités d'une contre-offensive discursive face à une maladie qui, ailleurs, révélait un ensemble de fantasmes et de préjugés racistes dont s'inspiraient aussi des travaux scientifiques (Bibeau, 1991).

Par ailleurs, l'idée de ne pas entraîner un sentiment de panique auprès des populations, puis la faiblesse des moyens disponibles, ont concouru à donner aux médecins responsables du sida des arguments pour éviter de présenter les conséquences collectives d'une expansion rapide d'une maladie due à un virus létal contre lequel les moyens thérapeutiques et les ressources psychosociales semblaient inexistantes. De plus, les financements et l'insistance de la "communauté internationale" pour intervenir dans le champ du sida en Afrique subsaharienne ont poussé certains médecins africains à formuler l'hypothèse que seul le "péril" couru par l'Occident expliquait cette levée de boucliers. En effet, bien des autorités sanitaires africaines soulignaient le fait que les pathologies les plus meurtrières (paludisme, rougeole, maladies diarrhéiques, etc.) sur le continent méritaient au moins autant d'énergie et d'engagement de la part des organismes internationaux. D'un pays à l'autre, ces médecins concluaient, non sans raison, que la transmissibilité de la maladie était la raison principale de ce "soudain" intérêt pour "les populations africaines". De fait, c'est sur le mode de la résignation, de l'indifférence ou de l'adhésion instrumentale que certains ont répondu à une question qui devenait moins un problème de santé publique qu'un enjeu (ou une querelle) Nord-Sud face auquel il fallait trouver ses marques.

Les premières années furent celles de la médicalisation du discours sur le sida, accompagnée par le caractère résolument administratif des structures de la lutte. À quelques exceptions près, une fois la pandémie reconnue, les autorités africaines ont laissé le champ du "débat" sur le sida aux professionnels de la bio-médecine, les hommes politiques se contentant de pétitions et de déclarations de principe, à l'occasion de rencontres internationales notamment. C'est sur ces bribes de mobilisations institutionnelles que, en 1986, est né le GPA qui a proposé et incité les États et les gouvernements, à constituer des PNLS dont il était aussi le principal fournisseur de moyens.

### ***Les PNLS en Afrique : des structures verticales et standardisées***

Les PNLS se sont constitués selon les modalités proposées par l'OMS. Un organe exécutif, le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) était chargé de coordonner les actions sur le territoire national en collaboration avec un organe consultatif (Fassin, 1994). Dans un premier temps, un plan d'évaluation rapide de la situation épidémiologique à court terme était suivi d'un plan à moyen terme (PMT1). Ensuite, un second plan à moyen terme (PMT2) devait succéder au premier. Ces plans étaient étalés sur trois, quatre ou cinq ans. Les directives de Genève se sont accompagnées de moyens financiers, qui mettaient sous tutelle matérielle complète les services relatifs au sida. Les gouvernements nationaux devaient fournir le personnel et les locaux. De fait, les PNLS intervenaient au sein de structures administratives et sanitaires frappées par les programmes d'ajustement structurel (PAS) imposés pour leur part par les institutions de Bretton Woods, à savoir le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale. Il s'est donc agi pour les PNLS au sein des structures étatiques, de deux processus inverses et quasi simultanés : un phénomène de bureaucratiation (l'organisation du PNLS) d'une part, et d'autre part une logique de "débureaucratiation" subie par les services publics en général (sous l'égide des PAS) et les services sanitaires en particulier. L'ambiguïté de ce double processus illustre les effets d'une "désétatisation" (Médard, 1992).

Dans plusieurs pays, le PNLS est directement inféodé à la tutelle du ministre de la Santé mais suivant une organisation non intégrée dans l'organigramme des ministères de tutelle (Gruénais, 1999a, p. 9-22). Chacun des principaux bailleurs de fonds qui accompagnent l'OMS dans la lutte contre le sida en Afrique, l'Union européenne, les coopérations allemande, française, canadienne, l'USAID et les ONG américaines, va orienter et développer un axe particulier de l'action contre le sida. L'Union européenne opte dès les années 1980 pour des programmes de sécurité transfusionnelle avec le réaménagement des banques de sang et la formation du personnel technique (Eboko, 1996) ; elle lance par ailleurs des projets de sensibilisation par pairs éducateurs auprès des étudiants. La coopération allemande, par le biais de la GTZ (l'agence de coopération technique allemande) opte pour la surveillance épidémiologique et pour le soutien de projets de proximité (soutien aux initiatives associatives par exemple). Les ONG américaines financent des campagnes de sensibilisation auprès des groupes cibles (notamment des "prostituées") et, surtout, l'une d'entre elles, la *Population Services International* (PSI), s'illustre par des campagnes de marketing social dans la plupart des pays africains pour la vente et l'usage des préservatifs à des prix qui relativisent, voire résolvent, la question de l'accessibilité – environ 100 f. CFA pour une boîte de quatre préservatifs. La mission française de coopération interviendra pour sa part

dans l'assainissement des structures de soins et le Fonds d'aide et de coopération (FAC) s'emploie depuis quelques années à organiser le soutien psychosocial aux personnes atteintes par le VIH/sida (Kerouedan, 1998).

Au milieu de toutes ces interventions extérieures, les PNLS jouent un rôle de coordination et de relais qui ne masque par le poids et les contraintes de la verticalité des directives imposées par le principal bailleur, l'OMS, décideur de toutes les orientations majeures du programme proprement dit. Toutes les initiatives administratives et décisionnelles locales ont fini par être dirigées vers cette organisation internationale à laquelle les autorités rendaient des comptes. L'OMS s'est montrée relativement apathique vis-à-vis de ce qui aurait pu être des demandes adressées aux autorités sanitaires et au "système politique" par la même occasion.

De manière générale, le GPA orientait les campagnes de sensibilisation et de formation des personnels impliqués dans la lutte. Dans cette logique, une série importante d'enquêtes sur les comportements est lancée par le GPA, dans le but de "comprendre pour agir". Bien qu'elles aient aussi concerné d'autres aires géographiques que l'Afrique subsaharienne, leur orientation sur le sous-continent n'a pas échappé à une certaine exigüité du regard sur la sexualité dite "africaine". Dès 1989, des enquêtes quantitatives dites CAP (Connaissance, attitudes, pratiques) et CACP (Connaissances, attitudes, croyances, pratiques) sont lancées dans les pays africains pour des budgets variant de 20 000 à 100 000 dollars (Caraël, 1993). Elles ont surtout concerné des groupes spécifiques et les critères socio-épidémiologiques qui présidaient à la constitution des protocoles de ces enquêtes ont fini par ériger ces groupes sociaux en "groupes à risque" ou encore en "groupes cibles", à l'instar de ce qui s'est passé sur d'autres continents avec des "minorités culturelles" (Schiller *et al.*, 1994). S'il ne fait pas de doute que ces recherches ont permis d'établir de grandes tendances, des attitudes et des représentations face au sida (Ferry, 1994), elles ont procédé d'une vision réductrice des modalités de la diffusion du sida. Claude Raynaud explique (1997, p. 16) :

"Évaluer le niveau et les modalités d'une supposée 'promiscuité sexuelle', fut donc l'objectif le plus urgent assigné aux recherches concernant les facteurs sociaux de l'épidémie. (...) Certes, l'Afrique n'eut pas l'exclusivité des enquêtes sur les comportements sexuels, mais on sait que, dans son cas, ne manquaient pas les idées forgées de longue date d'une 'sexualité africaine' (...)"

Le glissement vers une stigmatisation des groupes ainsi désignés et étudiés (prostituées, transporteurs, militaires, "jeunes", femmes), a aussi fait émerger la relative opacité des représentations scientifiques de la contamination hétérosexuelle en Afrique noire. Par exemple, presque aucune enquête et aucune campagne ne furent véritablement orientées vers des hommes appartenant à un milieu social favorisé et dont les moyens matériels permettaient de démultiplier les partenaires : on n'en fit pas un "groupe cible" malgré l'hypothèse d'un démarrage de l'infection dans ce public. La verticalité des directives de l'OMS et la "fabrication" sociale des groupes cibles a aussi rencontré des ethos du pouvoir dans les sociétés africaines. En particulier, celui qu'on pourrait résumer par le triptyque "masculinité, séniorité et notabilité" (Eboko, 1999a, 1999b), s'est montré particulièrement opérant dans la mesure où les campagnes de sensibilisation l'ont magistralement contourné. Pourtant les quelques travaux de sciences sociales qui ont abordé le sida dans les couches les plus nanties des villes africaines, ont montré des indicateurs très intéressants sur la probabilité de la transmission (ou la non-transmission) du virus d'une "catégorie sociale" à l'autre.

Les directives du GPA ont eu d'autres aspects plus contraignants pour les autorités africaines qui parfois les épousaient pour des raisons instrumentales (financement des actions, valorisation professionnelle sur la scène scientifique internationale, etc.), même lorsqu'elles avaient conscience de l'inefficacité de ces propositions.

### ***La constitution de réseaux transnationaux et l'avènement d'un "marché émergent" : mobilité sociale et reconnaissance internationale***

Pendant la décennie d'existence du GPA (1986-1996), les PNLS vont être des lieux de mobilité sociale, puis de production d'un pouvoir administratif et biomédical. La ventilation du personnel chargé du sida suit de fait les contours des contingences politiques de chaque pays. À ce titre, l'équipe sénégalaise est créditée d'une stabilité exceptionnelle, puisque ce sont les mêmes responsables qui ont initié cette lutte, qui l'ont conduite jusqu'à nos jours. Les trois figures de proue du PNLS sénégalais illustrent à leur manière les logiques de reconnaissance sociale induites par la prise en charge institutionnelle du sida.

"Le Professeur S. Mboup, chef du laboratoire de bactériologie-virologie de l'Hôpital Le Dantec de Dakar, a acquis sa renommée en tant que partenaire d'équipes de recherche du Nord dont les travaux ont permis d'isoler et d'étudier le VIH2 (...). Le Pr. Mboup tend ainsi à incarner les compétences nationales en matière de recherche, ce qui cautionne sa participation à de nombreuses publications scientifiques internationales (...), il est 'naturellement' devenu le président du groupe 'recherche et surveillance épidémiologique' du CNLS".

"Le Professeur [Mme] A.M. Coll-Seck se trouvait directement confrontée au problème du sida en tant que chef du service des maladies infectieuses du CHU de Fann à Dakar, service au sein duquel a par ailleurs été constituée la première association sénégalaise de personnes vivant avec le VIH en 1991. (...) Présidente du groupe 'Clinique et *counseling*' du CNLS, elle a participé à l'élaboration d'un guide de *counseling* paru en 1991 (...). Elle a parallèlement pris la tête des antennes sénégalaises



de deux ONG internationales, la *Society for Women and Aids in Africa* (SWAA) et l'Organisation panafricaine de lutte contre le sida (OPALS)".

"Le Docteur I. Ndoye, gynécologue de formation, apparaît en première instance comme l'exemple d'un acteur ayant occupé une position marginale dans le système de santé et dont l'implication dans la lutte contre le sida a assuré la promotion. [II] a su (...) se maintenir à la tête du PNLIS et en assurer la coordination" (Delaunay, 1999, p. 103).

### *"Straddling" et cursus*

La stabilité sénégalaise contraste avec la circulation des élites biomédicales dans d'autres pays. Au Cameroun, huit personnalités ont dirigé la lutte institutionnelle contre le sida depuis la création formelle du PNLIS en 1987. Chacune d'elles a peu ou prou mis à profit les contacts et les réseaux transnationaux constitués autour de la lutte internationale contre la pandémie. Les tumultes de la vie politique dans ce pays (Courade et Sindjoun, 1996) et les remaniements ministériels récurrents intervenus depuis le milieu des années 1980 (Eboko, 1999d), se sont aussi soldés par des changements à la tête du PNLIS camerounais. De la recherche biomédicale à la prévention, de la prise en charge des personnes atteintes aux questions relatives aux traitements, il fut question pour ces responsables sanitaires et publics de s'inscrire dans le champ international du sida qui voyait naître des agents doubles, appartenant simultanément à la fonction publique et à la "société civile" au sein de laquelle ils présidaient des ONG. De plus, la situation précaire dans laquelle les programmes d'ajustement structurel ont plongé les médecins et le système de santé camerounais (Kamdoum, 1994) explique la démultiplication d'activités lucratives qu'ils menaient (hôpitaux, cliniques et cabinets privés).

La présence internationale dans le domaine du sida au Cameroun a contribué à construire des "cursus" pour les responsables du PNLIS. Chacun d'eux a gardé, après son passage dans cette structure, la responsabilité d'un projet ou d'un programme d'action ou de recherche en partenariat avec une institution étrangère, que celle-ci relevât de la coopération bilatérale, multilatérale ou d'une instance privée (ONG par exemple), confortant ainsi des positions de "chevauchement" (*straddling*) (Fauré et Médard, 1995, p. 304). Tour à tour, l'Union européenne, l'Agence de coopération technique allemande, les laboratoires pharmaceutiques, l'armée et les universités américaines, l'OMS, les ONG internationales ont contribué à la promotion socioprofessionnelle des responsables successifs du PNLIS (Eboko, 1999a). Quelques détails significatifs de ce face-à-face ambigu entre bailleurs de fonds et acteurs sociaux locaux peuvent être soulignés. La première réunion de travail sur le sida, organisée par le PNLIS, sans l'incitation ni le financement des bailleurs de fonds s'est tenue à Yaoundé en 1999. C'est dire qu'il a fallu attendre douze ans après la naissance du PNLIS camerounais pour qu'un responsable politique (le ministre de la Santé) conçoive son action d'abord comme une question interne, avant d'être celle d'un face-à-face avec les bailleurs de fonds.

Au Congo, malgré une relative volonté de suivre les directives internationales de 1987 à 1997 (Gauvrit, 1999, p. 91-99), la vie politique interne a relativisé son impact et, pour finir, "la guerre a détruit aussi les institutions et la lutte contre le sida est devenue un enjeu très secondaire" (Gruénais, 1999, p. 7). Pour autant, ce sont des modalités semblables aux précédentes qui illustrent ce que le champ du sida fut au Congo. Interrogé par Eric Gauvrit en 1995, le responsable du PNLIS congolais de l'époque déclarait :

"Nous dépendons pour l'établissement de toute stratégie de lutte, de l'apport financier des agences étrangères. Je ne dispose pas moi-même de l'argent nécessaire à l'établissement de la politique que j'estime la plus juste pour lutter contre le sida, bien sûr en association avec tout le monde. Cet argent est détenu par des agences comme l'OMS ou l'UNICEF et est débloqué avec la prise en compte de directives qui reflètent bien souvent une politique de lutte commune qui ne montre pas la différence, la spécificité, l'originalité des continents et des pays concernés" (Gauvrit, 1999, p. 97).

Les dérives qui ont émaillé les PNLIS africains relèvent, en général, d'une part de ce positionnement stratégique dans une optique internationale et d'autre part de la raréfaction des moyens et des ressources des États africains. Aucun pays ayant accepté l'aide internationale et la présence sur son territoire des différents acteurs internationaux n'a échappé à cette ventilation d'une partie de son personnel biomédical et à l'émergence des "agents doubles" cumulant des postes dans le secteur public et le secteur privé, puis des activités locales et transnationales.

### *De la fin du "Global Program on Aids" à la naissance de l'ONUSIDA*

Un des effets pervers de la mise sous perfusion des PNLIS fut la coupure progressive d'entre les décideurs sanitaires et les "cibles" auxquelles ils étaient censés s'adresser. Le GPA de l'OMS a dû reconnaître l'échec de ses objectifs et celui également de la constellation des intervenants extérieurs qui agissaient sur le sida. Aussi, la nouvelle agence mondiale de lutte contre le sida est-elle un regroupement de différents organismes des Nations Unies auxquels s'ajoute la Banque mondiale. Cette agence baptisée l'ONUSIDA se compose de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, de l'UNESCO, du PNUD et de la Banque mondiale. Elle est née officiellement en janvier 1996 sur les débris du GPA de l'OMS, qui

était réduite à “jouer les ‘bouches trous’ et à appuyer le fonctionnement courant des programmes” (Gruénais, 1999, p. 14).

Dès 1992, les moyens alloués aux PNLs vont considérablement baisser. L’aide de proximité semble avoir “le vent en poupe” et les bailleurs de fonds contournent de plus en plus les programmes officiels pour soutenir les associations et les projets localisés. Les mêmes bailleurs constatent l’échec de l’action étatique et, pour certains, celui du GPA. En 1994, les chefs de gouvernements et représentants de 42 pays, réunis au Sommet de Paris, décident de soutenir la création de la future agence ONUSIDA, pour pallier l’atomisation des actions et des financements relatifs au sida et donner une nouvelle impulsion à la lutte contre la maladie. Deux ans plus tard, cette initiative prend forme.

Les actions n’étaient-elles pas d’abord destinées à satisfaire les bailleurs de fonds ayant la volonté d’endiguer la pandémie du sida ? Pouvait-il en être autrement dans le contexte africain ? Il n’est pas question de chercher une différence de nature entre l’Afrique et le reste du monde dans le problème épidémiologique posé aux États par le sida mais de souligner le caractère atypique de la mise en forme des réponses institutionnelles en Afrique.

“(…) on ne saurait considérer que le problème posé à l’épidémiologie du sida par le lien entre le savant et le politique, concerne uniquement les États africains : s’il est vrai qu’ils lui donnent des accents plus inquiétants compte tenu des multiples contraintes qu’ils ont à gérer, y compris leur propre fonctionnement politique, il n’en demeure pas moins que tous les États du monde y sont confrontés” (Dozon et Fassin, 1989, p. 35).

L’originalité, voire le caractère inédit de la mise en œuvre des politiques de lutte contre le sida en Afrique est qu’elles n’émanent ni de près ni de loin de groupes sociaux et des systèmes politiques locaux, mais d’une organisation internationale, donc de “l’extérieur”. Nous sommes en présence de ce que nous choisissons de nommer “un modèle dissonant” de politique publique.

### ***Sida et politique publique en Afrique : ébauche d’analyse d’un modèle dissonant***

Les évaluations de la lutte contre le sida en Afrique ont surtout relevé d’une réflexion en termes de santé publique et d’anthropologie de la santé (Benoist et Desclaux, 1996 ; Dozon et Vidal, 1993). Bien que les carences des États aient été soulignées et que les enjeux Nord-Sud sous-jacents fussent mis en exergue, l’analyse politique des questions posées par le sida fut un effet induit de ces réflexions au vu des contradictions et des procès en “incompétence” qu’il fallut relativiser et nuancer. C’est dans l’optique de la coopération internationale avec ses contraintes imposées aux États africains, que Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon (1988 ; 1989) ont, parmi les premiers, souligné la faible marge de manœuvre dont disposaient les autorités africaines et la légitimité de certaines de leurs attitudes face à la question du sida, question idéologique de première importance s’il en est.

La science politique, comme l’anthropologie et la sociologie, peuvent se positionner dans ces débats scientifiques. Dans cette optique, il est permis de se demander, à la suite des auteurs cités ci-dessus, si les contradictions observées dans les politiques publiques de lutte contre le sida ne sont pas consubstantielles aux modalités de leur conception. Au-delà des questions plus techniques (sécurisation des banques de sang, par exemple), la prévention et la communication sociale posent abruptement la question de la définition même d’une politique publique. En effet, l’objectif relatif aux “changements de comportements” en matière de sexualité face au “risque-sida” correspond à la définition des processus qui composent une politique publique, tant sur le plan politique (rôle de protection de l’État) que sociologique (médiations instituées entre groupes sociaux, légitimation d’un discours scientifique, régulation des antagonismes, etc.). Les référentiels qu’il est question de mobiliser relèvent de trois dimensions théoriques selon Bruno Jobert (1992). La question du sida ne peut que les confirmer dans la pratique :

- “– une dimension cognitive ; les référentiels donnent les éléments d’interprétation causale des problèmes à résoudre (…).
- “– une dimension normative ; ils définissent les valeurs dont il faudrait assurer le respect pour le traitement de ces problèmes ;
- “– une dimension instrumentale ; les référentiels définissent les principes d’action qui doivent orienter l’action en fonction de ce savoir et de ces valeurs” (Jobert, 1992, pp. 220-221).

Compte tenu de ces référentiels, une des premières remarques qu’inspire le sida en Afrique est la relative absence, jusqu’au début des années 1990, des groupes sociaux sur lesquels s’appuie et s’inspire une politique publique. En effet, chacune des trois dimensions citées plus haut n’a donné lieu qu’à très peu de débats sur la scène politique des pays africains, de sorte que leur application est née davantage de “l’offre” institutionnelle, commanditée de l’extérieur, que de négociations sociales internes. Abordons-les une par une.

#### ***La dimension cognitive et les éléments d’interprétation causale***

La médicalisation du discours sur les causes de la maladie a tôt fait de procurer aux “cibles” visées, les connaissances élémentaires sur la létalité<sup>7</sup> du VIH et sur les principaux modes de sa transmission. Pour autant, l’écart est demeuré important entre ces connaissances et l’évaluation individuelle d’un risque qui concerne des relations affectives et intimes,

sur lesquelles les responsables sanitaires semblent souvent faire l'impasse. En effet, le port du préservatif concerne des négociations interpersonnelles, des tractations sociales qui nécessitent des processus d'intériorisation. Ces derniers font appel à la médiation d'agents de socialisation (famille, école, groupes de pairs, Églises, confréries, partis politiques, associations, etc.) sur lesquels les campagnes de sensibilisation ont eu beaucoup de mal à se greffer efficacement dans de nombreux pays.

#### *La dimension normative et la définition des valeurs*

Un triptyque devenu un "classique" des effets pervers de la constitution des "groupes à risque" résume cette dimension : "vagabondage, prostitution, préservatif". La formulation normative de cette trilogie par les campagnes de sensibilisation énonce l'effet pervers d'une politique qui ne rencontre ni discours sociaux ni pressions susceptibles de nuancer des velléités dictées par l'urgence et la dépendance vis-à-vis de "l'extérieur" à l'origine des grandes orientations de ces discours. Une fois de plus, il s'est agi de valeurs morales passablement inefficaces en matière de santé publique. Alice Desclaux (1995) soulignait cette dérive à propos du Burkina Faso et son analyse pourrait être appliquée à la majorité des pays africains dans la mesure où elle arrivait à la conclusion que le silence tenait lieu de politique publique. Entre les valeurs véhiculées par des discours et la réalité épidémiologique puis sociale, une dissonance s'est révélée. Elle est devenue une réalité scientifique et tragique à travers les associations de personnes atteintes composées en partie de "veuves du sida" dont le sens de la mobilisation sociale et axiologique est aussi de rappeler qu'elles ont été infectées dans le lit conjugal...

#### *La dimension instrumentale et les principes de l'action*

L'ensemble de la question se concentre dans la troisième et dernière dimension : mener une action sociale sans demande ni sollicitation du "corps social". Au nom de quoi et pour qui ? Au Nord comme au Sud, la lutte contre le sida a d'abord répondu non pas à des demandes sociales mais à un "péril" épidémiologique. En revanche, les pays du Nord ont vu naître assez tôt des groupes sociaux qui ont influencé, infléchi et brisé le monopole des autorités publiques en matière d'élaboration des modalités de la lutte donc de représentation de la maladie. Les groupes stigmatisés au début de la pandémie, aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, principalement en France et en Grande-Bretagne, sont aussi devenus des acteurs essentiels du champ de l'action publique.

Les associations de défense des intérêts des homosexuels ont su imposer aux politiques un autre discours et ont promu, par la même occasion, la légitimité des personnes atteintes à être des interlocuteurs privilégiés des autorités sanitaires. En Afrique, la naissance même de ces corps intermédiaires est difficilement dissociable des contingences internationales et du pouvoir des autorités biomédicales qui contrôlent le "marché émergent" du sida (Delaunay, 1998). La comparaison Nord-Sud nous ramène ici à la spécificité de la dissonance politique qu'incarne le sida en Afrique, en même temps qu'elle nous rappelle un relativisme qui ne saurait être ni une fatalité ni une justification, mais un fait :

"... la pertinence d'une définition sociale dépend de sa capacité à s'insérer dans les modèles de référence qui prétendent rendre la société intelligible et qui sont à la base de ces processus de légitimation. Ils doivent, en outre, être compatibles avec les modes de médiation sociale qui caractérisent une société donnée" (Jobert, 1992, p. 220).

C'est donc à travers les dynamiques sociales de l'Afrique contemporaine qu'il est question d'analyser la construction sociale de la réalité du sida. Les réalités épidémiologiques ne deviennent intelligibles qu'à travers des médiations que les autorités publiques n'ont vraiment commencé à envisager qu'à partir de 1992, lorsque le thème de la journée mondiale du sida fut clairement "les communautés s'engagent". Rappelons que cette injonction performative de la mobilisation fut aussi l'œuvre de l'OMS dont il serait (trop) simpliste de dire qu'elle a échoué dans sa mission. Toute son action paraît aussi avoir reposé sur l'idée que ses directives allaient être reprises par les "sociétés africaines" *via* les responsables nationaux. Que ce soit dans la nécessité d'impliquer les "communautés" ou dans la volonté de faire participer les corps intermédiaires (médias, leaders d'opinion, etc.), la volonté de l'OMS était globalement marquée de "bon sens". Seule, sa grande prétention la rendait absurde : celle de vouloir construire une réalité sociale en créant à son insu toutes les conditions de dépendances expliquant l'atteinte des cibles uniquement par des effets secondaires.

Pour autant, le champ du sida dans les pays africains manifeste un changement social qui fait aussi partie des "leçons africaines" du sida. C'est de ce changement dont il est question dans cette seconde partie, qui visera à analyser les modalités et l'évolution d'une construction sociale marquée, de manière progressive depuis la première moitié des années 1990, par l'apparition de nouveaux acteurs. En effet, les associations locales et les ONG internationales ont apporté des modifications dans la structuration et "l'évaluation" (informelle) des politiques publiques dont on sait qu'elles évoluent difficilement de manière décisive sans la pluralité des intérêts en présence dans le champ décisionnel.

Ainsi, les années 1990 inaugurent et ébauchent, à travers l'avènement des associations des personnes atteintes par le VIH et les ONG de lutte contre le sida, une "démarche pluraliste interne au système des acteurs concernés visant à

apprécier le bien-fondé d'une intervention publique – dans ses attitudes et les modalités de sa mise en œuvre – à partir de la confrontation de ses effets aux systèmes de valeur en présence” (Duran et Monnier, 1992, p. 245). En effet, la “dissonance” née de l'absence relative de groupes d'intérêt susceptibles de concurrencer le corps biomédical et de donner une “vie politique” au sida en Afrique, commence quelque peu à se modifier depuis le milieu des années 1990, pour que la politique publique de cette lutte s'inspire de la nécessité d'un embryon de débat d'idées. Rappelons que ce rôle “est souvent indirect ; il crée, explique Bruno Jobert, un climat idéologique qui influe sur les critères de sélection des décideurs et permet de donner forme et légitimité à ce qui apparaissait auparavant comme un ensemble de bricolages partiels” (Jobert, 1992, p. 233).

La deuxième moitié des années 1990 a-t-elle sonné le glas des “bricolages partiels” d'un modèle dissonant de politique publique ?

### **Dynamiques et construction d'une réalité sociale : sida et changement social en Afrique**

L'absence ou la faiblesse des corps intermédiaires susceptibles de reprendre et de médiatiser la sensibilisation et l'information relative à la lutte contre le sida d'une part, l'échec des États africains en matière de politique préventive d'autre part, ont contribué à privilégier des actions de proximité. Ce changement d'optique fut incarné par l'OMS à travers le slogan adopté le 1er décembre 1992 pour la Journée mondiale de lutte contre le sida : “Les communautés s'engagent”. À travers ce slogan et ce changement de perspective se dessinait aussi la baisse des moyens alloués au PNLS et l'effondrement même de ce modèle qui allait se conclure par la dissolution de son initiateur, à savoir le GPA.

#### ***La “communauté” est une construction sociale : fait social et construction sociale de la réalité autour du sida***

En sollicitant les “communautés”, l'OMS voulait participer à l'émergence d'un “fait social” (le sida), que la présence épidémique à elle seule ne faisait pas apparaître. Il faut revenir à sa définition qui tire son origine de la naissance même de la sociologie française. Durkheim définissait le fait social comme étant toutes les “manières de penser, de sentir et d'agir, extérieures à l'individu et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel [elles] s'imposent à lui” (1993, p. 5). Dans le meilleur des cas, le sens des politiques de lutte contre le sida était non pas de le considérer comme un fait social acquis mais comme un objectif à atteindre, de telle sorte que chaque individu, qu'il le veuille ou non, ait intégré la présence du sida dans sa manière de se représenter la réalité sociale. Ainsi peut-on dire que le sida est, à ce jour, un fait social en Ouganda, à cause de son impact épidémiologique, notamment à Kampala et dans la région de Rakai, et grâce à la mobilisation des groupes et des personnes qu'il affecte et qui ont fini par construire sa réalité, c'est-à-dire par rendre le sida intelligible en “l'imposant” à la majorité du corps social<sup>8</sup>. À l'inverse, le sida n'est pas un fait social au Cameroun où la mobilisation est embryonnaire, la confrontation directe ou indirecte à la réalité de la maladie, très relative (problèmes d'annonce de la séropositivité) et les discours incompatibles, ce qui ralentit cette construction sociale de la réalité<sup>9</sup> (Eboko, 1996, 1999a, 1999b). Le “fait social” est donc l'aboutissement d'un processus de construction sociale d'une “connaissance” qui devient “réalité”.

Les “organes secondaires” et les organisations internationales ont été sollicités par l'OMS, pour participer à cette construction de la “réalité” qu'est le risque de contracter le sida. Pour certains pays, en particulier pour le Sénégal, les modalités de contrôle de la diffusion de la maladie suscitent beaucoup d'hypothèses. Si les autorités sanitaires dakaraises peuvent se vanter, à juste titre, d'un faible taux de séroprévalence (1,5 % de la population générale), il est pourtant loin d'être évident que la faiblesse épidémiologique du sida sur le territoire sénégalais soit simplement due à la précocité et à la qualité de la politique de lutte contre la maladie. En effet, une conjonction de plusieurs facteurs favorables (dont fait partie l'engagement politique et scientifique) semble avoir concouru à cette “réussite”. Le premier facteur est d'ordre épidémiologique : le Sénégal est, avec quelques autres pays de cette sous-région, touché par le VIH2, moins pathogène que le VIH1, présent ailleurs en Afrique.

#### ***Le Sénégal : les déterminants sociaux de l'émergence d'un “modèle”***

Les autorités biomédicales sénégalaises ont mis en place une véritable dynamique en matière de recherche scientifique ; les responsables politiques se sont mobilisés pour faire du Sénégal un pôle international d'activités de premier plan contre le sida en Afrique<sup>10</sup>. En matière de prévention, le pays semble avoir eu, avant l'avènement de l'épidémie, une politique active de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), ce qui a favorablement influencé la lutte contre la transmission par voie sexuelle du VIH<sup>11</sup>. De plus, on sait que d'un point de vue physiopathologique, l'association entre MST et sida est particulièrement forte puisque l'infection par les MST favorise l'infection par le VIH.

De plus, les processus de régulation sociale ont joué, notamment en ce qui concerne le contrôle de “la circulation des femmes” et les réseaux sexuels. Bien que ce soit l’argument le moins “politique”, les autorités sanitaires et administratives ne manquent pas de souligner que l’Islam et la régulation de la prostitution sont des armes qui ont relativement protégé le Sénégal de la pandémie du sida. Enfin, *last but not least*, la vie associative sénégalaise est plus ancienne que celle d’autres pays africains et la lutte contre le sida n’a pas fait exception puisque Karine Delaunay a dénombré près de 270 associations actives qui s’y consacrent (Delaunay, 1999 ; 1998). Si tous ces arguments étaient retenus, nous pourrions conclure que, avant de devenir un fait social dans la société sénégalaise, le sida a rencontré une imbrication de faits sociaux (religion, vie associative et donc intégration sociale, volonté politique, etc.) qui ont freiné l’expansion de l’épidémie.

Les “communautés” ont donc su se construire autour de la question du sida de telle manière que les spécialistes présentent le Sénégal comme un “modèle”. Pour autant, ce qui précède montre aussi que certaines dynamiques sociales relèvent avant tout de l’historicité du pays et, à ce titre, seraient difficiles à reproduire. Dans chaque situation sociale générée par le sida en Afrique, ce sont les rapports entre l’État et la société civile qui ont montré leurs particularités. Claude Raynaud souligne (1997, p. 9-10) :

“Privées, la santé et la maladie le demeureront toujours dans la crainte de la maladie et de la souffrance. Mais désormais, dans le même temps et comme jamais auparavant, elles relèvent de la chose publique. (...) Cette tension s’exprime à travers des stratégies de réappropriation, de détournement aussi bien que de résistance que les intérêts particuliers exercent à l’égard du discours de socialisation du ‘corps citoyen’. (...) C’est un jeu de négociations qui s’instaure ainsi, d’autant plus complexe que les porte-parole du bien commun, techniciens ou politiques, ne se privent pas toujours de chercher dans l’exercice de leur responsabilité la légitimation plus large d’une position de pouvoir, d’où ils tirent des avantages personnels au moins symboliques”.

C’est dans ce jeu de négociations pour “trouver” des corps intermédiaires, des représentants des groupes sociaux vers lesquels sont orientés les programmes, que les “communautés” furent interpellées. Elles naquirent souvent de la volonté des autorités sanitaires. Les observateurs ont assisté à l’accélération d’un mouvement en cours qui concernait l’invention d’un modèle “communautaire”. Les corps sociaux – le personnel biomédical – qui contrôlaient le champ du sida ont été les premiers à réagir en insistant auprès des personnes séropositives pour qu’elles se constituent en associations, suivant les modalités attendues par les bailleurs de fonds. Les médecins chargés de la question du sida ont aussi anticipé sur cette attente de proximité en créant eux-mêmes des organisations non gouvernementales dont certaines servent d’intermédiaires entre les bailleurs de fonds et les personnes atteintes, vers les “groupes cibles” en général suivant une dynamique bien visible en Afrique francophone. L’Afrique anglophone avait pris, de ce point de vue, une sérieuse avance dans la mesure où les associations de personnes atteintes y ont vu le jour dès le milieu des années 1980 avec des implications politiques et une indépendance clairement établies.

Deux tendances orientent les chantiers du changement social en temps de sida dans les années 1990. L’avènement des “agents doubles” représentés par des acteurs institutionnels impliqués dans le champ associatif du sida d’une part, et l’avènement des associations de personnes infectées et affectées par le sida, le tout dans un univers devenu plus “concurrentiel” que pendant la première décennie de la pandémie. Au-delà des définitions proposées par ceux qui élaboraient ou participaient à l’élaboration des grandes tendances de la lutte, les “communautés” qui se sont constituées pour répondre au slogan de l’OMS semblent procéder de la construction originale d’une “réalité” attendue et instrumentalisée.

### *Critique d’une définition<sup>12</sup>*

Les professionnels de la santé publique conçoivent la “communauté” comme “un groupe de personnes se reconnaissant les unes les autres selon des attributs culturels, ethniques, religieux, économiques, géographiques ou encore par des comportements communs rapprochant les membres de cette communauté et bien souvent les différenciant du reste de la population” (Tarantola, 1994, p. 5). Cette définition pose problème pour deux raisons principales : d’abord, son extensibilité altère sa pertinence et son potentiel d’utilisation ; ensuite, elle contient deux conceptions dissemblables de l’identité communautaire. L’une, fixiste – “attributs ethniques, religieux, économiques, géographiques” – et l’autre dynamique, désignant le choix de certains individus de vivre une orientation sexuelle commune, par exemple, ou d’atteindre ensemble un même objectif : ici, tolérance envers l’homosexualité, lutte contre le sida.

Ce type de définition montre toute la difficulté de son application aux travaux sur le sida. Les communautés dites *gays*, durement frappées par le VIH/sida au début des années 1980 aux États-Unis, ont fait évoluer une représentation sociale stigmatisante en une action commune menée par une partie de leurs élites. Ces individus sont alors passés du statut groupal de la “communauté”, incarnant la maladie à son corps défendant, aux groupes associatifs, incarnant le combat contre le sida, et souvent contre les autorités officielles. Certes, l’orientation sexuelle et la stigmatisation créent de fait une assignation, puis une revendication qui peut être “commune” à certains, mais il semble clair que ces critères

sont loin de suffire pour justifier l'appellation de "communauté". Au contraire, dans les exemples africains, les "communautés" sont constituées de personnes atteintes par le VIH/sida et dont le seul autre point commun est la précarité.

### *Quand la "communauté" est une minorité active*

Dans les faits, l'épidémiologie et la recherche sociologique confirmaient des tendances classificatoires au sein des groupes "gais" français. Michael Pollak (1993) a mis en évidence, à partir de statistiques de surveillance et de mortalité chez les homosexuels que, dans les années 1980, certains noyaux de ces groupes étaient plus touchés, comme les professionnels des arts et spectacles en milieu urbain comparés aux homosexuels ouvriers et ruraux. Les segmentations sociologiques assez nettes apparaissent par classes d'âge, par habitat et par professions (Pollak, 1993, p. 225).

Si l'on suit le raisonnement structural de Pollak, il serait plus judicieux et plus précis, pour les sciences sociales, de parler de "minorités actives" (Mann P., 1991) dans la lutte contre le sida, à l'intérieur des groupes homosexuels, que de "communautés". À partir de cet éclairage, on comprend mieux que ceux qui se mobilisent en associations de lutte contre la maladie depuis les années 1980 ne constituent pas "la communauté" mais un noyau particulier au centre des groupes homosexuels. C'est en raison de cette différenciation sociale et de la double organisation autour de l'affirmation homosexuelle et de la lutte contre le sida que les sciences sociales ne peuvent se satisfaire d'accepter la dénomination "communautaire" liée au simple fait d'avoir "la" même orientation sexuelle. C'est au prix de ce refus, justifié empiriquement, que l'on peut aussi comprendre et rendre compte du sens et de la subtilité du jeu des acteurs autour de mobilisations dites "communautaires"<sup>13</sup>.

Dans le cas des pays du Sud et africains en particulier, la stigmatisation subie par certains groupes (les prostituées, les étrangers, etc.) n'a pas produit d'effet mobilisateur équivalent à celui du monde occidental. Les associations les plus actives en Afrique noire regroupent des personnes dont le principal point commun est d'être affectées ou infectées par le VIH. Aucune assignation identitaire – "femme" ou "jeune" par exemple –, aucun mode de vie différenciant les acteurs de la lutte du reste de la population, n'expliquerait la mobilisation dite "communautaire".

Dans le cas des deux zones géographiques, monde occidental et pays du Sud, les dynamiques sociales et les contextes économiques et culturels rendent très aléatoire l'utilisation de la définition qui a tous les avantages et les limites de la commodité. Ce qui ferait de ces différents groupes des "communautés", relève de la construction sociale, situationnelle et conjoncturelle, relativisant l'idée de la prescription culturelle, géographique, ou comportementale. Bien entendu, certaines situations épidémiologiques ont concerné, comme nous l'avons vu, certains groupes plus que d'autres, mais c'est la construction scientifique a posteriori de ceux-ci qui est insatisfaisante. Que ce soit les communautés gays aux États-Unis et en Europe au début de la pandémie, ou encore celles regroupées dans des zones durement frappées par le VIH/sida en Afrique, on peut penser que la maladie a d'abord fragilisé les groupes et les individus dans un contexte où la vulnérabilité prend la forme de la pauvreté, de la déstructuration sociale, en un mot de situations de crise (Desclaux et Raynaud, 1997) ou par une exposition particulière au risque de contracter le virus du sida. Par la suite, ces crises multiformes, dans le cas des pays du Sud, ont fini par produire des mobilisations et des réappropriations de la lutte, sans être catalysées, comme aux États-Unis et en Europe occidentale, par l'étape d'une "communauté" stigmatisée qui passe à l'action militante.

Ces recompositions des dynamiques de la lutte produisent un glissement, de la prise de conscience vers le groupe, du groupe vers l'organisation, notamment non gouvernementale. De fait, l'évolution des dynamiques sociales, au Sud comme au Nord, montre des associations qui sont souvent plus proches d'une "solidarité organique" volontaire, parfois instrumentale, que d'une "solidarité mécanique" que l'on pressent dans la première partie de la définition de Daniel Tarantola. Bien qu'il existe des interfaces entre des "communautés" et des associations, notamment en Afrique subsaharienne, l'efficacité de la lutte non gouvernementale locale semble s'établir sur la base de groupes de personnes qui n'ont théoriquement pas de liens ethniques, géographiques ou culturels entre elles. Certaines catégories sociales ont fait l'objet de campagnes de sensibilisation spécifiques parce qu'elles ont connu des taux de séroprévalence plus élevés que dans le reste de la population : les "prostituées", les transporteurs, les "jeunes", les militaires, etc. Pour autant, l'attention que les États et les organismes internationaux ont porté à ces groupes sociaux ne permet pas de les réunir sous la même acception de "communauté". Il est à chaque fois question d'individus dont l'appartenance à tel ou tel groupe social ne représente qu'une parcelle plus ou moins grande d'une combinatoire identitaire. Les associations de lutte contre le sida sont des constructions sociales et contextuelles, représentant un sous-ensemble particulier de ces groupes. Mieux valait préciser dans cette situation le terme de "communautaire" et les raisons socio-anthropologiques qui justifient son emploi.

## ***Vulnérabilité et pouvoir des associations des personnes vivant avec le VIH/sida : de la “double peine” à l’action sociale***

L’existence d’associations de personnes vivant le VIH est perçue ou conçue comme une condition indispensable de l’investissement de “la société civile” contre le sida. Avec les quelques réserves dues au fait que ces associations furent à leur origine, le plus souvent, des créations *ex cathedra* des pouvoirs publics et/ou des organismes internationaux (Côte-d’Ivoire, Sénégal, Cameroun, par exemple), il faut retenir les liens organiques et stratégiques qui font l’originalité de ces nouveaux “organes intermédiaires” entre État et société civile. C’est par leur biais, notamment grâce au “pouvoir” qu’ils peuvent acquérir, que la séropositivité peut être socialement reconstruite et appeler à des attitudes plus solidaires (ou moins stigmatisantes), puis à des pratiques moins discriminatoires. Le cas de certains pays où cette mobilisation des personnes atteintes n’existe pas, illustre par l’absurde l’importance de ces structures. Alice Desclaux montre, par exemple, comment la question de la séropositivité est éludée au Burkina Faso. Des tests sérologiques sont pratiqués à l’insu des patients, les diagnostics ne leur pas sont révélés, de telle sorte que la “crise” qu’aurait pu engendrer la reconnaissance de la maladie et la nécessité de la traiter sont évitées par l’action de toute une chaîne de “responsables” biomédicaux et l’absence de réaction des acteurs “civils”. La stratégie d’évitement du problème laisse donc l’expansion du sida se poursuivre dans ce pays, dans une zone d’ombre qu’on pourrait nommer la “tragédie silencieuse”. Alice Desclaux parle pour sa part d’ “une étrange absence de crise”<sup>14</sup> ou encore d’ “une épidémie invisible” (Desclaux, 1998 ; 1995).

Cette collusion silencieuse entre l’évitement pratiqué par le personnel biomédical et l’apathie sociale en ce qui concerne la mobilisation face au sida, empêche dans bien des cas toute critique, toute demande sociale envers ou contre le système de soins. Cet exemple n’est pas généralisable à toute l’Afrique et des associations comme *The Aids Support Organisation* (TASO) ougandais, Lumière Action en Côte-d’Ivoire ou l’Association des frères et sœurs unis (AFSU) au Cameroun donnent une certaine mesure du potentiel (souvent contrarié) d’une mobilisation dite “communautaire”<sup>15</sup>. Traversées par des contradictions externes et internes, ces structures associatives sont aussi significatives des dynamiques et des inégalités sociales en cours dans les pays du Sud. Qu’il s’agisse d’exemples africains, asiatiques ou latino-américains, l’univers de ces groupes énonce toujours des ressources humaines et matérielles inégales qui recourent aussi des pouvoirs inégaux face à la circulation des flux financiers et symboliques (positions et statuts sociaux) générés par la gestion internationale du problème du sida (Cornu, 1996 ; 1998).

L’exemple camerounais met en scène une association de personnes dont la principale caractéristique est l’exclusion économique (Eboko, 1999c). S’y greffe l’exclusion sociale (avérée ou potentielle) due à la séropositivité et à la stigmatisation. L’infortune liée à l’infection à VIH, les cas de sida déclarés et la pauvreté des sociétaires ont réduit l’association, jusqu’à une période récente, à ne solliciter que des subsides et de l’aide auprès de ses interlocuteurs nationaux et étrangers. Depuis la fin de l’année 1997, l’association essaye de s’émanciper de sa tutelle administrative locale avec l’aide d’agences de coopération européenne (allemande et française). De son nouveau local en dehors des structures hospitalières, l’AFSU tente de faire pression sur le Comité national de lutte contre le sida (le CNLS, organe exécutif du Programme national de lutte contre le sida) pour que sa “voix” soit prise en compte dans les décisions relatives à la gestion de la question du sida au Cameroun. En outre, l’AFSU s’entoure de personnalités de la société dite “civile” pour que la commiseration ou la peur sociétale à leur endroit, se transforme en solidarité. Toute cette (bonne) volonté se heurte à deux problèmes : une représentation sociale du sida d’une part, et d’autre part un rapport de force très inégal avec le pouvoir biomédical qui détient et “revendique avec succès le monopole de la parole légitime”, pour paraphraser Weber. C’est la deuxième “peine” de ce type d’associations. Cette “double peine” nous amène à la question des modalités d’émergence des mouvements sociaux dans des contextes de “déficit démocratique”.

### ***Mobilisation collective contre le sida : le mouvement social contrarié en Afrique***

L’émergence de ce type d’actions de la société dite civile est toujours une épreuve pour des “démocraties” affirmées ou en devenir. Dans le contexte africain, le déficit démocratique et les mouvements de “démocratisation” donnent la mesure de la vulnérabilité politique et/ou aux possibilités de mobilisation effective depuis le début des années 1990. C’est pour cela que la question de l’émergence des associations de lutte contre le sida, autour de la notion polysémique de “communauté” pose aussi le problème des droits individuels et du jeu démocratique. D’abord, il faut s’accorder sur quelques critères sociologiques qui définissent (ou non) un “mouvement social”.

Depuis le sociologue-historien Charles Tilly, les spécialistes des mouvements s’accordent sur la tendance historique à la politisation des mouvements sociaux. Un mouvement social est donc par définition une action “contre”, qui s’articule à l’activité politique (Neveu, 1996, p. 11). Le sociologue des mouvements sociaux en France, Alain Touraine, a retenu trois critères d’identification d’un mouvement social : identité, totalité, opposition (1978). De fait, une des illustrations les plus achevées du type de mobilisation qui se hisse en mouvement social en France fut

*Le mouvement ouvrier* (Touraine, Dubet, Wieviorka, 1984). À la suite des travaux anglo-saxons (Charles Tilly, Antony Oberscalf, Mancur Olson, etc.16) et français sur l'action collective (Patrice Mann, puis Erik Neveu), nous suggérons de retenir la définition que les tourainiens proposent du mouvement social : "la signification la plus haute d'une action conflictuelle, dans laquelle un sujet se dresse contre les méthodes de rationalisation des acteurs dirigeants, met en cause leur pouvoir, la façon dont ils pensent et dirigent l'historicité" (Wieviorka, 1995, p. 209).

Dans le cas des pays d'Afrique subsaharienne, il faut se garder de confondre notre objet d'étude (le sida) et le contre-exemple qu'il offre en matière de mobilisation ambiguë ou inexistante. Ce serait d'emblée conclure que "la société civile africaine n'existe pas" et d'en déduire l'impossibilité du mouvement social en Afrique, voire plus largement dans les pays du Sud. De très bons exemples montrent comment un mouvement social peut traverser un pays, investir la totalité du champ politique, révéler des aspirations radicales, proto-révolutionnaires ou révolutionnaires, sans que le sida dans le même pays stimule la moindre once de mobilisation collective et encore moins de mouvement social. L'exemple du Burkina Faso est à cet égard éloquent. Au moment où Alice Desclaux souligne les mécanismes de pouvoir, les représentations sociales et les contraintes structurelles qui placent le sida et la séropositivité dans un "silence" lourd de sens, une grève générale immobilise Ouagadougou. Le corps d'un journaliste de la presse écrite vient d'y être retrouvé ; les partis d'opposition et la presse alertent l'opinion publique nationale et internationale sur la responsabilité prêtée au régime du président Blaise Compaoré. Des milliers de cas de sida, une attitude et des pratiques du personnel biomédical niant éthique, déontologie, responsabilité et droits individuels n'ont provoqué aucun remous ni à Ouagadougou ni à Bobo Dioulasso. En revanche, l'assassinat d'un journaliste charismatique (Norbert Zongo), opposé au régime en place<sup>17</sup>, produit une mobilisation intense, comme il n'y en a pas eu dans la capitale du Faso depuis très longtemps.

Au-delà de l'exemple du Burkina Faso, il faut retenir un critère déterminant pour l'avènement d'une mobilisation collective, puis d'un mouvement social. Il s'agit de ce que Charles Tilly a nommé "les répertoires d'action collective" (1986). En effet, "tout mouvement social est confronté à une palette préexistante de formes protestataires plus ou moins codifiées, inégalement accessibles selon l'identité des groupes mobilisés". (E. Neveu, 1996, p. 21). Les registres et les mécanismes qui font sens et rendent possible une mobilisation collective ne sont pas les mêmes dans les différents exemples évoqués. Il faut sans doute se replacer dans une perspective historique à moyenne portée pour les comprendre. Reprenons l'exemple burkinabè. La période pré-sankariste (1960-1983) qui a fait de la Haute-Volta un des théâtres majeurs de coups d'État, puis la révolution sankariste (1983-1987) et, enfin, la "démocratisation" sous contrôle menée par B. Compaoré, depuis l'assassinat de T. Sankara en 1987, donnent la mesure des dynamiques internes sans lesquelles il est difficile de comprendre les modalités de l'action collective au Burkina. Ce pays est de ceux dont on peut dire qu'il "a souvent eu l'énergie d'affronter directement les problèmes que d'autres pays ignorent. (...) Dans beaucoup de pays d'Afrique, l'arbitraire va de soi. Les citoyens en souffrent comme de la sécheresse ou des inondations. Le Burkina a toujours fait preuve d'une capacité de révolte d'autant plus surprenante que la vie du pays est généralement calme"<sup>18</sup>.

À la frontière de la socio-anthropologie, de l'histoire et de la science politique, les mouvements sociaux ne se laissent pas appréhender de manière univoque ou monolithique. Les jeunes gens qu'interroge Isabelle Sévédé-Bardem (1997) à Ouagadougou en disent long sur leur désenchantement politique actuel, sur leur volonté d'autonomisation et sur les contraintes qui en font des "quasi-individus" (Khosrokhovar, 1995, p. 235-255). Bon nombre de ces jeunes se sont investis dans le mouvement sankariste (qui était l'archétype du mouvement social), et n'en ont pas récolté les fruits escomptés. Les mêmes discours désenchantés se retrouvent au Cameroun comme dans bon nombre de pays frappés par une double crise économique et axiologique. On peut ainsi noter quelques points communs entre "le" jeune citadin africain et celui d'autres pays du Sud : "la sur-modernisation de ses besoins et de ses aspirations (...); la transformation des affects liés au corps (...); la conflictualisation des rapports hommes-femmes (...); l'instabilité de l'*ego*" (Kosrokhovar, 1995, p. 239). La combinatoire des aspirations et des échecs, collectifs et individuels, place la possibilité des mobilisations contre le sida dans une perspective particulière : quand elle existe, elle est simultanément le révélateur d'une volonté d'intégration sociale et un agent de cette intégration.

## **D'un statut sérologique à un statut social : vers de nouvelles figures de la modernité et du "sujet" en Afrique subsaharienne**

### *Noreen Koleba et le TASO : un engagement exemplaire*

Noreen Koleba est une jeune femme ougandaise, séropositive et veuve. C'est à la suite du décès de son mari, victime du sida, que Noreen Koleba opte pour la mobilisation associative et notamment, la prise en charge psychosociale des personnes atteintes du VIH/sida en Ouganda. Elle crée le TASO à Kampala en 1987. Fondée pour aider les personnes atteintes par le VIH, cette organisation est devenue, pour les associations africaines de lutte contre le sida et pour les observateurs, un modèle d'organisation sociale et de prise en charge psychosociale et médicale – traitements des



maladies opportunistes – des séropositifs et de leurs proches. En 1997, le TASO, aidé par des organisations internationales, a consacré un million de dollars US aux traitements des maladies opportunistes de ses “clients” (Fabing, 1998, p. 11). Aujourd’hui, l’association emploie 150 personnes et compte près de 2000 volontaires à travers le pays. En 1998, d’après la recherche de Delphine Fabing (1998), le TASO comptait 16 464 “clients” qui sont suivis à domicile et dans les centres.

N. Koleba symbolise de la sorte une image originale de ces nouvelles figures de la modernité africaine, construites entre des contraintes sociales et une volonté de changer le cours des choses en s’impliquant personnellement suivant un *empowerment* qui signifie aussi une volonté de prise en charge et d’orientation de son propre devenir. Grâce à l’initiative et à l’énergie de cette femme, notamment grâce à la mise en œuvre du *counselling*, le TASO a provoqué en Ouganda un effet d’entraînement inédit en Afrique.

“L’efficacité des politiques engagées en Ouganda a été renforcée par une mobilisation communautaire d’une ampleur inédite en Afrique noire. Nées de la réunion de personnes touchées directement par le sida, dans leur famille ou leur travail, ces associations ont cherché des réponses concrètes à l’épidémie. En suivant le modèle du TASO, elles ont importé la pratique du *counselling*, un soutien psychologique pré- et post-test de dépistage. Elles ont apporté le réconfort mais aussi une prise en charge médicale (...). Près de huit cents organisations non gouvernementales étrangères, présentes dans le pays, ont renforcé cet élan en collaborant à des programmes de prévention et de *counselling*” (Fabing, 1998, p. 11).

Le combat de Noreen Koleba n’est pas étranger à cette impulsion. Combat particulièrement courageux, dans la mesure où, en Ouganda comme ailleurs en Afrique, le sida a d’abord généré du déni de la part des autorités politiques et sanitaires et des sentiments de rejet face à ce qui s’est appelé le “*slim disease*”, la maladie de la maigreur. Aujourd’hui, il est pratiquement impossible d’évoquer, d’étudier ou de rendre compte de la lutte contre le sida en Ouganda sans faire, peu ou prou, référence à Noreen Koleba (Prolongeau, 1995 et 1994 ; Fabing, 1998). Elle a su transformer un statut sérologique en un statut social valorisé, faisant de son infortune et de celle des autres, la raison d’un combat exemplaire.

Les individus vivant avec le VIH, femmes et hommes, qui sont engagés dans la lutte contre le sida en Afrique depuis plus d’une décennie mériteraient à eux seuls des recherches sur les modalités d’une mobilisation collective. Chacun d’eux, à sa manière, a concouru à dédramatiser une maladie dont ils ont voulu dire qu’on peut “vivre avec”, dans des contextes sociaux où la séropositivité est assimilée à une sentence de mort. Nous aurions pu évoquer Dominique Esmell19 le jeune ivoirien, étudiant en droit de 27 ans, qui le premier a témoigné à visage découvert à la télévision sur son statut sérologique et son combat. Il est un des fondateurs de l’association Lumière Action. Nous aurions pu évoquer Andrew, séropositif camerounais, diagnostiqué à l’âge de 20 ans et dont toute la vie s’est organisée autour du sida. Fondateur à 27 ans de la seule association de personnes atteintes par le VIH au Cameroun, conseiller psychosocial dans un programme franco-camerounais, il est aussi un interlocuteur de choix des autorités biomédicales camerounaises qui ont fini par l’admettre au sein du PNLS, après douze ans d’engagement. Chacun de ces individus, chacune de ces expériences trace, de manière douloureuse et courageuse, les contours d’une Afrique confrontée au sida dont ils veulent inscrire la lutte dans la durée, parce que cette maladie est aussi un agent du changement social sur le continent. À ce titre, cette lutte est aussi au centre de la construction de la modernité africaine.

Noreen Koleba et tous les autres, peuvent donc être présentés, dans le cadre de l’étude des processus qui font (et défont) *L’Afrique des individus* (Marie, 1997), des “sujets” à part entière, au sens où l’entendrait A. Touraine (1994, p. 23-24) : “J’appelle sujet la construction de l’individu (ou du groupe) comme acteur, par l’association de sa liberté affirmée et de son expérience vécue assumée et interprétée ; il introduit de la liberté dans ce qui apparaît d’abord comme des déterminants sociaux et un héritage culturel”.

### *Le sujet, entre l’intégration sociale et la solitude*

La trajectoire des séropositifs africains engagés dans des associations est, elle aussi, typique de la construction du sujet, avec ce que cela comporte de contraintes, de compromis, de singularité dans des situations souvent très précaires. Les femmes et les hommes rencontrés dans le cadre de recherches en sciences sociales impriment de plus en plus la marque de leurs expériences sociales originales. Celles-ci deviennent de fait constitutives de la production du savoir sur le sida, quelle que soit l’aire géographique. Dans le cadre des études africaines, Judith Hassoun (1997) a consacré un ouvrage à des rencontres avec des femmes abidjanaises séropositives, comme l’avait déjà fait Laurent Vidal dans une perspective plus large, mettant en avant les contradictions sanitaires et sociales (1996). C’est dans ce contexte que doit être replacé le témoignage de D. Kerouedan qui présente l’expérience de “Christine”. Ces trajectoires doivent être appréhendées dans une optique qui confirme l’interdisciplinarité et la nécessité de recourir à un va-et-vient entre des logiques déductives et inductives. De ce point de vue, l’anthropologie du sida (Raynaud, 1996) est aussi une “sociologie de l’expérience” (Dubet, 1994)20. François Dubet, l’initiateur de ce qu’il nomme lui-même une théorie à moyenne portée, explique : “La notion d’expérience sociale (...) désigne les conduites individuelles et collectives, dominées par l’hétérogénéité de leurs principes constitutifs, et par l’activité des individus qui doivent construire le sens de leurs pratiques au sein même de cette hétérogénéité” (Dubet, 1994, p. 15). Pour sa part, C. Raynaud souligne que “le défi est

ici, de concilier l'attention légitime portée à l'acteur individuel avec le souci d'identifier ce qui, dans l'univers culturel auquel il se rattache – complexe, diversifié, changeant (...) –, forme et informe ses décisions et ses choix” (Raynaud, 1997, p. 28).

De fait, il faut bien se garder de sombrer dans une apologie finaliste du sujet car celui-ci n'est “ni l'identité, ni l'être'opposé au système de la raison et des intérêts, il se présente à nous comme un travail que les acteurs réalisent sur eux-mêmes pour construire leur expérience à partir d'une définition sociale du sujet” (Dubet, 1995, p. 117). En outre, le thème du “retour de l'acteur” dans nos disciplines ne devrait pas masquer que le sida a aussi “profité” de l'implosion progressive ou brutale de la socialisation et de l'intégration communautaires. En effet, l'individu intégré dans une communauté à laquelle il confie une partie de son autonomie n'est pas, en principe, plus vulnérable face au VIH/sida que celui qui essaye de se trouver une trajectoire dans l'isolement ou l'exclusion. C'est aussi une raison pour laquelle l'exemple sénégalais et les arguments des autorités locales en termes d'identités culturelles et religieuses qui auraient protégé ce pays contre le sida (Delaunay, 1999), mériteraient une attention particulière, en terme de régulation et de contrôle social, notamment en ce qui concerne la socialisation de la sexualité.

Il reste que, malgré ces initiatives individuelles et collectives, malgré la force que les personnes atteintes par le VIH imprègnent au dessein de la lutte contre le sida en Afrique, malgré l'émergence de ces figures nouvelles de la “modernité africaine”, le sida en Afrique reste un défi de tous les instants. À travers lui, quelques enjeux (politiques) imminents vont encore contraindre les acteurs nationaux et internationaux à des efforts conséquents. Les nouvelles thérapies, la transmission mère-enfant (TME) et le sort des enfants sont de ceux qui appellent plus que jamais à “une politisation nécessaire” de cette question en Afrique (Dozon, 1999).

### **En guise de conclusion : nouveaux défis, enjeux majeurs**

La XI<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique (CISMA), tenue en septembre 1999 à Lusaka, s'est clôturée sur plusieurs constats. Les organisateurs ont notamment souligné une absence remarquable, celle de la dizaine de chefs d'État qui avaient promis d'honorer de leur présence cette rencontre internationale. Loin d'être anecdotique, cette absence révèle un déficit en termes d'engagement politique au sommet. Cette conférence a aussi permis de souligner le caractère un peu formel de ce type de réunions qui participent “d'une épidémie de conférences” sur le sida, une surenchère de rencontres qui ne masque pas “un manque total d'actions et de programmes entrepris par la suite pour faire front au sida”<sup>21</sup>. Quand on sait que ces propos sont tenus par le directeur pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, on peut se permettre de souligner le caractère factice ou artificiel de certains discours. De fait, chaque chef d'État ou chef de gouvernement qui accueille ce genre de conférence se positionne, l'espace d'une rencontre, sur la scène internationale comme un “modèle” d'engagement politique. Dès que les lampions de ces réunions internationales s'éteignent, très peu de ces responsables continuent à tenir les rênes d'un combat qu'ils avaient décidé de conduire dans leurs pays respectifs. Ceux qui ont pris cette lutte et les déclarations officielles à la lettre, permettent aussi à leur pays d'accueillir des équipes, des moyens et des ressources qui rencontrent des dynamiques internes. Des négociations et des contradictions issues de ces interfaces internationales, naissent aussi des mobilisations collectives et quelques résultats probants. L'argument de la marginalisation économique du continent ne saurait justifier une certaine léthargie ou indifférence politique, au contraire il pourrait motiver l'inverse. À ce titre, le Sénégal et l'Ouganda, qui connaissent deux situations épidémiologiques et politiques différentes, voire dissemblables, sont de ceux qui ont combiné “l'ouverture diplomatique” au sommet et la mobilisation des groupes sociaux intermédiaires, au point d'être présentés comme des “modèles” dont Abdou Diouf et Y. Museveni tirent quelque profit politique. À l'inverse, dans certains pays, le silence des hommes politiques et celui encore plus troublant des intellectuels locaux, très virulents dans d'autres domaines, pénalisent forcément la mobilisation dite “communautaire” et, surtout, la défense des droits fondamentaux des patients atteints du VIH. Le Cameroun et le Burkina, entre autres, sont de ces pays où les silences se combinent et laissent aux acteurs biomédicaux une latitude d'action qui ne rencontre pas l'opposition nécessaire à l'établissement d'un équilibre entre les aspirations des patients et le pouvoir des médecins, par exemple.

L'entrée en lice des antirétroviraux (ARV) sur le continent, la sélection des pays bénéficiant d'une “convention ONUSIDA”, pour que les patients accèdent aux polythérapies à un moindre coût, l'engagement de la France de mettre en place un Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI)<sup>22</sup>, ont orienté le débat dans un sens nouveau. Celui-ci permet de poser la question des inégalités Nord-Sud face à la maladie, mais aussi celle des distorsions internes aux pays africains en ce qui concerne la prise en charge médicale des patients. Dans les pays qui ne bénéficient pas des accords signés avec l'ONUSIDA sur les antirétroviraux, ceux-ci ont tout de même fait leur entrée sur le “marché” par le biais de réseaux constitués par les personnels sanitaires et les laboratoires pharmaceutiques. Les quelques patients qui peuvent se les procurer sont aussi soumis parfois à des prescriptions hasardeuses et contre-productives, sans contrôle particulier. Il faut savoir que la compliance (ou “observance”, qui désigne le suivi d'un traitement) en matière de polythérapies est d'une importance capitale car une association contre-indiquée entre deux ou plusieurs molécules antirétrovirales provoque des résistances qui altèrent ou annihilent l'efficacité des traitements ultérieurs. C'est pourtant ce qui se passe en

ce moment dans plusieurs pays et une étude récente menée au Burkina Faso (Bronsard, 1999) montre clairement les dérives de ce manque de contrôle et de participation active des “organes secondaires” qui auraient pu ralentir ou nuancer le pouvoir des médecins dont il faut rappeler qu’ils sont en première ligne des groupes à “sensibiliser” davantage sur le continent africain. Ces questions éthiques se posent avec la même acuité à propos d’essais thérapeutiques à travers lesquels les pratiques de certains responsables sanitaires africains sont sujettes à caution.

La situation des enfants face au sida est aussi de celles qui constituent un enjeu politique, social et sanitaire majeur en Afrique. En 1996, 10 % de la population ougandaise était composée “d’orphelins du sida” (Prolongeau, 1995). Si le combat ougandais est dans une dynamique ascendante, d’autres pays viennent lui ravir la place dans ce palmarès morbide. 95 % des “orphelins du sida” vivent en Afrique subsaharienne, avec une part conséquente en Afrique australe. Un quart de la population adulte est estimée séropositive au Zimbabwe. 15 % de la population du pays est composée d’orphelins du sida. Cette partie du continent connaît une aggravation de ce problème depuis quelques années ; les taux de séroprévalence au Botswana, en Namibie, au Swaziland et au Zimbabwe varient entre 20 et 26 % pour les 15-49 ans. La progression la plus forte concerne la République sud-africaine qui comptait, une infection sur huit parmi les nouveaux cas de contamination pour l’année 1998 en Afrique au sud du Sahara (UNAIDS, 1998).

Depuis une décennie, la question de la transmission du VIH-sida de la mère à l’enfant par l’allaitement soulève débats et travaux destinés aux pays en développement et en particulier à l’Afrique<sup>23</sup>. A. Desclaux conduit une étude importante sur ce thème dans le cadre d’un projet autour du thème “allaitement maternel et VIH en Afrique de l’Ouest”. Le principal point de discordance soulevé par le contexte des pays à faible revenu s’est résumé par le choix du “moindre risque” entre la transmission du virus par l’allaitement maternel d’une part, et la malnutrition d’autre part. Les organisations internationales et les ONG en sont arrivées à des directives privilégiant le choix de l’allaitement maternel, au vu de l’importance de la mortalité infantile liée à la malnutrition. La déclaration commune de l’ONUSIDA et de l’UNICEF en mai 1997 est significative de choix “standardisés” : “Promouvoir l’allaitement au sein. En tant que principe général, dans toutes les populations, quel que soit le taux d’infection par le VIH, il faut continuer à promouvoir l’allaitement au sein” (*Sidafrrique*<sup>24</sup>, 1997, p. 19). La question qui se pose ici est celle des régions où il existe déjà des substituts au lait maternel, connus et pratiqués depuis plusieurs générations. Les directives internationales vont-elles encore confirmer, dans ces cas, la faible prise en compte de certaines dynamiques culturelles sur lesquelles peuvent s’appuyer les organisations internationales en Afrique ? (Desclaux, 1998 ; Querre, 1999). Va-t-on assister à la confirmation des errances de modèles standards, d’organisations internationales qui marquent l’inégalité entre les pays au sein de ces instances ? (Smouts, 1993 ; 1995).

La faiblesse structurelle des États africains et leur relative marginalisation au sein des organisations internationales, dont ils sont membres “à part entière”, engendrent des contradictions qui expliquent la “dissonance” des politiques de lutte contre le sida mises en œuvre. Les dynamiques internes que rencontrent ces contradictions internationales pèsent à leur tour de tout leur poids sur les “pénalités” que subissent les groupes sociaux qui sont censés être les bénéficiaires de ces politiques. Cette imbrication des différents niveaux d’analyse manifeste aussi la concaténation des problèmes que le sida révèle et impose à l’Afrique. Les médiations de la “société civile” sont de celles qui devraient concourir à mieux démocratiser la lutte contre le sida en Afrique, parce qu’il est aussi question de respect de droits fondamentaux. Certains sont à acquiescer par des luttes politiques internes dont on ne dira jamais assez la nécessité. Il faut donc aussi que nos disciplines apportent leur contribution scientifique à la santé publique et que les propos de Jonathan Mann, ne soient jamais vains : “En tant que professionnels de la santé, nous avons le devoir d’amener et de forcer nos sociétés à prendre leurs responsabilités en matière de promotion et de protection des droits de l’homme et de la dignité. (...) Si la santé des uns influence celle des autres – au sein d’une communauté ou d’un continent à l’autre – le non-respect des droits des uns est une menace pour nous et pour nos propres droits” (Mann, 1996, p. 224).

## Notes

1. Déclaration de Castillo Madavo, vice-président de la Banque mondiale pour l'Afrique, XIe Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique (CISMA), septembre 1999, Lusaka. Source : AFP/RFI, 13 septembre 1999.
2. Le taux de séroprévalence se définit comme étant le pourcentage de personnes infectées par un virus au sein d'un groupe ou d'une population donnée. Ici, il s'agira toujours du taux de séroprévalence relatif au VIH/sida.
3. Voir F. Eboko, 1999a. En outre, pour analyser les contradictions d'hier puis les mobilisations contemporaines, la problématique de BERGER et LUCKMANN, *La construction sociale de la réalité*, 1996, nous semble particulièrement pertinente.
4. Olivia ZÉMOR, "La nécessaire coopération contre l'explosion de l'épidémie de sida", *Le Monde diplomatique*, avril 1987, pp. 22-23.
5. *Ibid.*
6. Claude Fay, 1998, a montré, à partir d'une étude menée au Mali, que la probabilité de recourir au préservatif entre deux partenaires de milieux sociaux différents était d'autant plus grande qu'ils appartenaient ou pensaient appartenir à des catégories sociales différentes. L'auteur met ainsi en exergue le poids de la stratification sociale dans les représentations générées par le sida.
7. La létalité d'un virus désigne son caractère mortel.
8. La maladie s'est stabilisée en Ouganda ; en 1998 on notait que l'infection à VIH-sida a diminué de 200 % chez les adolescentes ougandaises. Source : *Libération*, 15 septembre 1999.
9. Berger et Luckmann, 1996, expliquent : "Il nous suffira, dans le cadre de notre propos, de définir 'la réalité' comme une qualité appartenant à des phénomènes que nous reconnaissons comme ayant une existence indépendante de notre volonté (nous ne pouvons pas les 'souhaiter'), et de définir la 'connaissance' comme la certitude que les phénomènes sont réels et qu'ils possèdent des caractéristiques spécifiques", pp. 7-8.
10. Dakar est, avec Abidjan et Bobo Dioulasso, un des pôles choisis par l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS, France), pour développer une dynamique de recherche scientifique et de coopération en Afrique subsaharienne. Voir ANRS, *L'Afrique, une priorité pour l'ANRS*, Paris, ANRS, septembre 1999, 40 p.
11. En septembre 1999, le professeur Souleymane Mboup, chef du laboratoire de bactériologie-virologie de l'Hôpital Le Dantec de Dakar déclarait : "Très tôt on a parlé du sida au Sénégal (...). La réponse à l'épidémie était précoce. Ensuite, l'implication au niveau politique a été très forte (...). En outre, il existait au Sénégal différents programmes axés sur les maladies sexuellement transmissibles (MST). Leur efficacité dans la sécurité transfusionnelle a notamment servi de levain pour les futurs programmes de lutte contre le sida qui s'en sont largement inspirés". Source : AFP/RFI, 8 septembre 1999.
12. Cette partie est une version corrigée d'un rapport que nous avons établi pour le CNRS ; voir F. EBOKO, *Vulnérabilité et sujet face au VIH/sida. Contribution à une approche empirique et théorique à partir de l'exemple du Cameroun*, Rapport, Laboratoire "Santé, Sociétés, Développement", CNRS/Université Victor Segalen, 82 p.
13. Le travail de Michael Pollak (1948-1992) est doublement intéressant pour notre propos. En premier lieu, le sida : en déconstruisant le thème "Homosexualité et le sida", il montre les mécanismes de la construction sociale de "la gestion d'une identité indicible", tel que l'univers du sida en produit ici et ailleurs. Ensuite, la variété de l'œuvre sociologique et historique de M. Pollak est une illustration de la vocation que les sciences sociales, confrontées au sida sont appelées à tenir : assumer et accepter que le sida soit un objet certes particulier, mais qui se doit de participer à l'enrichissement général des sciences sociales critiques et ambitieuses. C'est aussi ce qui a justifié la publication posthume d'un recueil de textes, qui présente un fil d'Ariane ("l'analyse de l'identité sociale en situation extrême") dont la réflexion sur le sida n'est qu'une brillante illustration, *Une identité blessée. Études de sociologie et d'histoire*, Paris, Métailié, 1993, 416 p.
14. "Une étrange absence de crise. L'anthropologue et la faillite du système de santé", intervention orale de A. Desclaux au colloque de l'AMADES, "L'Anthropologie des systèmes politiques de santé", 6-8 janvier 1999, Paris.
15. Le TASO (*The Aids Support Organisation*) en Ouganda, l'association Lumière-Action de Côte-d'Ivoire et l'Association des Frères et Sœurs Unis (AFSU) du Cameroun, sont des associations de personnes atteintes par le VIH. Elles font partie du Réseau africain des personnes vivant avec le VIH (RAP +). Les conditions de naissance de ces structures respectives montrent, pour les deux dernières notamment, une sollicitation déterminante venue des organisations internationales (notamment du PNUD en 1994) ou de rencontres internationales. La conférence de Mombassa en 1994 semble être décisive dans la création de Lumière Action, tandis que celle de Londres en 1991 représente le déclic pour l'AFSU. Un effet d'entraînement et des contingences internes ont produit ensuite des dynamiques propres à chaque pays. Voir Christophe Cornu, 1996 pour la Côte-d'Ivoire ; Delphine Fabing, 1998 pour l'Ouganda, Karine Delaunay, 1998 pour une comparaison entre le Sénégal et la Côte-d'Ivoire et enfin Fred Eboko, 1998, 1999, pour l'exemple du Cameroun.
16. Voir BIRNBAUM et LECA, 1991.
17. Norbert Zongo, directeur du journal burkinabé *L'Indépendant*, a été retrouvé mort et calciné le 13 décembre 1998, en compagnie de deux de ses proches. Le 16 décembre 1998, à l'occasion de ses obsèques, 15 000 personnes ont suivi le cercueil du journaliste en demandant au pouvoir de faire la lumière sur cette mort suspecte. Voir Thomas SOTINEL, "Norbert Zongo, mort dans l'après-midi", *Le Monde*, 4 mai 1999, p. 14 ; voir aussi Marie Emile KOAMA, "Où sont donc nos journalistes ?", *L'Indépendant*, 16 février 1999, p. 12.
18. Thomas SOTINEL, *id.*
19. Dominique Esmel est décédé entre temps.
20. Pour un développement plus précis de cet essai de confrontation théorique, voir F. EBOKO, "Conclusion : l'anthropologie du sida est une sociologie de l'expérience", *Vulnérabilité et sujet face au VIH/sida. Contribution à une approche empirique et théorique à partir de l'exemple du Cameroun*, *op. cit.*, pp. 23-26.
21. Source AFP/RFI, 17 septembre 1999.
22. Déclaration de Bernard Kouchner à la Xe CISMA tenue à Abidjan en décembre 1997, sous la houlette des chefs d'État français (J. Chirac) et ivoirien (H. Konan Bédié).
23. Dans ce cadre, A. Desclaux dirige un projet de recherche intitulé "Perceptions, pratiques et acteurs autour de l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest dans le contexte de la pandémie de VIH".
24. *Sid'Afrique, Dossier allaitement*, septembre-octobre 1997, n° 11-12, p. 19.

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- ANDERSON C. W., 1979, "The Place of Principles in Policy Analysis", *The American Political Science Review*, 73(3), pp. 711-723.
- BARNETT T. and BLAIKIE P., 1992, *Aids in Africa*, New-York, Guilford Press.
- BENOIST J. et DESCLAUX A., eds, 1996, *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala.
- BERGER P. et LUCKMAN T., 1996, 2e éd., *La construction sociale de la réalité*, Paris, A. Colin.
- BIBEAU G., 1991, "L'Afrique, terre imaginaire du sida", *Anthropologies et sociétés*, 15(2-3), pp. 125-147.
- BIRNBAUM P. et LECA J., dirs., 1991, *Sur l'individualisme*, Paris, Presses de la FNSP.
- BRONSARD G., 1999, *Les polythérapies antirétrovirales au Burkina Faso en 1998*, 63 p. (Mém. DEA : Anthropologie : Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix-Marseille III/IRD, Centre de Ouagadougou).
- CARAËL M., 1993, "Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique : forces et faiblesses", in J.-P. Dozon et L. Vidal, dirs, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan, GIDIS-Orstom, pp. 27-37.
- COURADE G. et SINDJOUN L., dirs., 1996, "Le Cameroun dans l'entre-deux", *Politique africaine*, n° 62, juin, pp. 3-14.
- CORNU C., 1996, *Les associations des personnes vivant avec le VIH-sida à Abidjan, Côte-d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique subsaharienne ?*, 153 p. (Mém. DEA : IEDES, Panthéon-Sorbonne, Paris-I).
- 1998, "Émancipation et engagement des personnes atteintes, réduire l'écart", in *Transcriptas et Le Journal du sida* (Genève, ANRS), pp. 30-39.
- DELAUNAY K., 1998, "Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un 'marché du sida' émergent. Cas ivoirien et sénégalais", pp. 115-141 in J.-P. Deler et al., éd., *ONG et développement. Société, économie, politique*, Paris, Karthala.
- 1999, "Le Programme national de lutte contre le sida au Sénégal. Entre prévention et normalisation sociale", in M.-E. Gruénais, dir., *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique*, Paris, ANRS/IRD, pp. 101-111.
- DESCLAUX A., 1995, "L'État contre la santé publique ?", *Sociologie santé*, n° 13, pp. 85-91.
- 1997, *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso*, 454 p. (Th. : Anthropologie : Aix-Marseille 3).
- 1998, *Allaitement maternel et VIH au Burkina Faso. Enjeux pour les institutions sanitaires*, Rapport intermédiaire à diffusion restreinte, Laboratoire "Sociétés, santé, développement", Ouagadougou, CNRS/Bordeaux 2/Orstom, 77 p.
- DESCLAUX A. et RAYNAUT C., dirs, 1997, *Urgence, précarité et lutte contre le VIH/sida en Afrique*, Paris, L'Harmattan.
- DOZON J.-P., 1999, "Une nécessaire politisation du sida en Afrique, pp. 51-55, in M.-E. Gruénais, dir., *Organiser la lutte contre le sida...*, op. cit.
- DOZON J.-P. et FASSIN D., 1988, "Les États africains à l'épreuve du sida", *Politique africaine*, n° 30, pp. 79-85.
- 1989, "Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique", *Sciences sociales et santé*, 7(1), pp. 21-36.
- DOZON J.-P. et VIDAL L., 1993, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan, GIDIS-ORSTOM.
- DUBET F., 1994, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil.
- 1995, "Sociologie du sujet et sociologie de l'expérience", pp. 103-121 in F. Dubet et M. Wiewiorka, dirs, *Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine*, Paris, Fayard (Colloque de Cérisy).
- DUBET F. et WIEWIORKA M., dirs., 1995, *Penser le sujet...*, op. cit.
- DURAN P. et MONNIER E., 1992, "Le développement de l'évaluation en France. Nécessités techniques et exigences politiques", *Revue française de science politique*, 42(2), pp. 235-262.
- DURKHEIM E., 1993, *Les règles de la méthode sociologique*, 7<sup>e</sup> éd., Paris, PUF (1<sup>ère</sup> éd., 1895).
- EBOKO F., 1996, "L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida", *Politique africaine*, n° 64, décembre, pp. 135-145.

- 1999a, “Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun”, in *Sida : enjeux Nord-Sud*, *Autrepart*, novembre/décembre.
- 1999b, “Risque-sida, sexualité et pouvoir. La puissance de l’État en question au Cameroun”, in G. Courade, dir., *Le désarroi camerounais*, Paris, Karthala, 2000.
- 1999c, “Vivre avec le VIH au Cameroun”, pp. 235-247 in M.-E. Gruénais, dir., *Organiser la lutte contre le sida...*, *op. cit.*
- 1999d, “Les élites politiques au Cameroun : le renouvellement sans renouveau ?”, pp. 99-133 in J.-P. Daloz, dir., *Le (non-) renouvellement des élites politiques en Afrique*, Bordeaux-Talence, CEAN-Institut d’études politiques.
- FABING D., 1998, *Le sida en Ouganda. Peut-on vaincre une épidémie sans traitements ?*, 118 p. (Mém. DESS : “Coopération et développement” : Paris I – Panthéon Sorbonne, Département de science politique).
- FASSIN D., 1994, “La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique”, *Sociétés d’Afrique et sida*, n° 5, pp. 2-3.
- FAURE Y. et MÉDARD J.-F., 1995, “L’État-business et les politiciens entrepreneurs”, pp. 289-309 in Y. Fauré et S. Ellis, dirs, *Entreprises et entrepreneurs africains*, Paris, Karthala.
- FAY C., 1998, “L’hypothèse du sida dans le cadre de pratiques d’assurances multirisques, ou comment ne pas choisir (Mali)”, pp. 71-76 in *Gérer les risques, maîtriser les pratiques* (Journées ORSTOM-SHADYC “Sciences Sociales et santé”, décembre, Marseille).
- FERRY B., 1994, “Mesurer les comportements sexuels des populations générales des pays en développement. Leçons des études récentes”, *Sociétés d’Afrique et sida*, avril, n° 4, pp. 3-4.
- GAUVRIT E., 1999, “Le programme national de lutte contre le sida (PNLS) au Congo. Entre intégration, décentralisation et coopération”, pp. 91-99 in M.-E. Gruénais, dir., *Organiser la lutte contre le sida...*, *op. cit.*
- GRUÉNAIS M.-E., dir., 1999, *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique*, 283 p.
- HASSOUN J., 1997, *Femmes d’Abidjan face au sida*, Paris, Karthala.
- JOBERT B., 1992, “Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques”, *Revue française de science politique*, 42(2), pp. 219-234.
- KAMDOUM A., 1994, *Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun*, Paris, CEPED, 37 p. (Les dossiers du CEPED, 23).
- KÉROUÉDAN D., 1998, “La Coopération française et la lutte contre le sida en Afrique francophone : le cas de la Côte-d’Ivoire, 1987-1997”, pp. 207-219 in *Observatoire permanent de la coopération française 1998*, Paris, Karthala.
- 1998a, *Sida : douze ans d’épidémie en Côte-d’Ivoire, Afrique de l’Ouest. Analyse critique des stratégies internationales sur la période 1987-1997. Bilan et perspectives*, 220 p. (Th. : “Epidémiologie et santé publique” : Henri Poincaré-Nancy 1)
- KHOSROKHOVAR F., 1995, “Le quasi-individu : de la néo-communauté à la nécro-communauté”, pp. 235-255 in F. Dubet et M. Wieviorka, dirs, *Penser le sujet...*, *op. cit.*
- MANN P., 1991, *L’action collective. Mobilisation et organisation des minorités actives*, Paris, A. Colin.
- 1996, “L’égalité devant la santé dans un monde d’inégalités. Un défi”, *Prévenir*, n° 30, pp. 217-224.
- MARIE A., dir., 1997, *L’Afrique des individus*, Paris, Karthala.
- MÉDARD J.-F., 1992, “Étatisme et désétatisme en Afrique noire”, pp. 355-365 in J.-F. Médard, dir., *États d’Afrique noire. Formation, mécanismes et crises*, Paris, Karthala.
- NEVEU E., 1996, *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte (Repères).
- PERROT S., 1999, “Les élites politiques ougandaises et le ‘Mouvement’. La génération Museveni”, pp. 77-98 in J.-P. Daloz, dir., *Le (non-) renouvellement des élites politiques en Afrique*, Bordeaux-Talence, CEAN.
- POLLAK M., 1993, *Une identité blessée. Études de sociologie et d’histoire*, Paris, Métailié.
- PROLONGEAU H., 1994, “L’Ouganda vit et se bat avec le sida”, *Le Monde diplomatique*, décembre, pp. 26-27.
- PROLONGEAU H., 1995, *Une mort africaine*, Paris, Le Seuil.
- QUERRE M., 1999, “La voie du lait. Sens et significations des pratiques autour de l’allaitement maternel chez les Peuls du Séno (Burkina Faso)”, 29 p. multigr., à paraître dans un ouvrage collectif sur le thème “Perceptions, pratiques et acteurs autour de l’allaitement maternel en Afrique de l’Ouest dans le contexte de la pandémie du VIH”, A. Desclaux, dir.
- RAMIREZ F.O., 1981, “Comparative Social Movement”, *International Journal of Comparative Sociology*, XXII(1-2 ), pp. 3-21.
- RAYNAUT C., 1995, “Santé publique : l’État et la société civile”, *Sociologie santé*, n° 13, pp. 7-16.

- 1996, “Quelles questions pour la discipline ? Quelle collaboration avec la médecine ?”, pp. 31-56 in J. Benoist et A. Desclaux, dirs, *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala.
- 1997, “L’Afrique et le sida : questions à l’anthropologie, l’anthropologie en question”, *Sciences sociales et santé*, 15(4), pp. 9-36.
- SCHILLER N.C. *et al.*, 1994, “Risky Business : The Cultural Construction of Aids Risk Groups”, *Social Science and Medicine*, n° 10, pp. 1337-1346.
- SÉVÉDÉ-BARDEM I., 1997, *Précarités juvéniles en milieu urbain africain*, Paris, L’Harmattan.
- SMOUTS M.-C., 1993, “Some Thoughts on International Organizations and Theories of Regulation”, *International Social Science Journal*, n° 138, pp. 443-451.
- 1995, “International Organizations and Inequality among States”, *International Social Science Journal*, n° 144, pp. 229-241.
- TARANTOLA D., 1994, “Vulnérabilité communautaire face au sida”, *Sociétés d’Afrique et sida*, janvier, pp. 4-5.
- TOURAINÉ A., 1978, *La voix et le regard*, Paris, Seuil.
- 1994, *Qu’est-ce que la démocratie ?*, Paris, Fayard.
- 1995, “La formation du sujet”, pp. 21-45 in F. Dubet et M. Wieviorka, dirs, *Penser le sujet..., op. cit.*
- TOURAINÉ A., DUBET F. et WIEVIORKA M., 1984, *Le mouvement ouvrier*, Paris, Fayard.
- UNAIDS/ONUSIDA, 1998, *AIDS Epidemic Update : December 1998*, Genève, UNAIDS/WHO, 17 p.
- VIDAL A., 1996, *Le silence et le sens. Essai d’anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos-Economica.
- WIEVIORKA M. 1995, “Plaidoyer pour un concept”, pp. 209-220 in F. Dubet et M. Wieviorka, dirs, *Penser le sujet..., op. cit.*