

CHAPITRE 8

Le sida et l'Afrique ou la causalité culturelle en question

Jean-Pierre Dozon

Depuis son irruption, au tout début des années 1980, l'épidémie de sida s'est accompagnée de diverses constructions de l'altérité. « Cancer gay » dans un premier temps, à une époque où l'infection par le VIH était encore un « mystère médical » et n'enregistrait que quelques centaines de cas, principalement aux États-Unis, elle devint ensuite plus sûrement une maladie transmissible par le sexe ou par le sang, mais affectant tout particulièrement certains types de population, à savoir les homosexuels, les héroïnomanes, les hémophiles et les Haïtiens, dénommés, en un raccourci aussi fameux que trivial, les « 4H »¹. Sans doute, ces constructions appartiennent-elles à une époque où l'épidémiologie du sida était encore balbutiante et s'autorisait à désigner, sans plus d'égards et de réflexion, divers « groupes à risque ». Mais, quels qu'aient été en la matière ses progrès et ses auto-critiques, notamment en estimant qu'il était tout à la fois préférable au plan éthique et plus efficace du point de vue préventif de se focaliser, non sur les groupes, mais sur les « comportements à risque », le discours épidémiologique ne laissa de balancer entre deux grands pôles de représentation du sida. L'un, fermement orienté vers la prévention, le conduisit à affirmer que l'infection par le VIH concernait

1. Sur cette histoire, on peut se référer à l'article très complet de C. Herzlich et J. Pierret, « Une maladie dans l'espace public. Le sida dans six quotidiens français », *Annales ESC* sept.-oct. 1998, n° 5, p. 1109-1134, ainsi qu'à l'ouvrage de M. D. Grmek, *Histoire du sida*, Paris, Payot, 1989.

tout le monde, y compris et surtout ceux qui pouvaient croire en être protégés parce qu'ils pensaient appartenir à la catégorie des gens « normaux » (c'est-à-dire plutôt « blancs », hétérosexuels, ne se droguant pas et sans problème sanguin). L'autre, moins répandu dans l'espace public des pays du Nord, mais plus en rapport avec le nombre et les caractéristiques des cas que l'Organisation mondiale de la santé enregistrait, l'amenait à considérer que, décidément, certaines populations ou certaines régions de la planète étaient bien plus exposées que d'autres à l'infection par le VIH. Sous ce rapport, la dernière décennie, bien plus en fait que les années antérieures marquées par les fameux 4H, associa l'expansion planétaire du sida à une figure majeure de l'altérité contemporaine, en l'occurrence à l'Afrique qui, à elle seule, pouvait s'identifier à un immense « groupe à risque » ou, comme on le suggère plus couramment aujourd'hui, à un monde d'une très grande « vulnérabilité ».

D'une figure universaliste du sida à son clivage prétendument argumenté

Les estimations récentes de l'épidémie de sida en Afrique parlent en effet d'elles-mêmes. En 1997, sur les quelque 31 millions de personnes atteintes dans le monde par le VIH, près de 21 millions vivaient au sud du Sahara, c'est-à-dire les deux tiers (auxquels s'ajoutaient plus de 10 millions qui en étaient déjà décédés), et alors que cette partie du continent africain ne représentait qu'un peu plus de 10% de la population du globe, elle affichait de très loin les taux les plus élevés de femmes et d'enfants contaminés (respectivement 80 et 90%) ainsi que d'orphelins (95%) dont un des deux parents était déjà mort du sida². Et si d'autres régions de la planète, telles que l'Inde et l'Asie du Sud-Est, sont en train à leur tour de subir un développement rapide de l'épidémie pareillement dominé par la transmission hétérosexuelle et materno-fœtale, les pronostics pour le nouveau millénaire laissent l'Afrique sub-saharienne toujours tragiquement en tête puisqu'ils y prévoient quarante fois plus de nouveaux cas qu'au sein de l'ensemble des pays démocratiques avancés (Europe, Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Japon).

2. Nous tirons ces chiffres d'une évaluation présentée à la « X^e Conference on STD and Aids in Africa » (Abidjan, Côte-d'Ivoire 3-4 déc. 1997) par D. Tarantola *et alii.* sous le titre « The status and trends of the HIV/AIDS/STD epidemics in sub-saharian Africa ».

Le Nord et le Sud

Mais s'ils donnent par eux-mêmes toute la mesure d'une épidémie de sida radicalement autre, ces chiffres appellent un second constat encore plus édifiant. Tandis qu'au cours des années 1980 l'écart en matière de sida entre le Nord et le Sud était encore assez ténu et semblait plaider pour une conception universaliste de l'épidémie et des moyens d'y remédier, c'est-à-dire pour une conception qui devait rendre solidaires tous les pays et tous les continents, quel que fût leur degré de richesse et de développement, la période actuelle marque une nette rupture aussi bien au regard des données épidémiologiques qu'à celui des capacités de mobilisation internationale. On pourrait presque dire que, plus l'infection par le VIH semble se stabiliser, voire régresser dans les pays du Nord, plus son évolution pandémique dans les pays du Sud, particulièrement les pays africains, a l'air de se perdre dans l'écheveau de leurs multiples maux, qu'ils soient d'ordre sanitaire, politique ou économique³. En d'autres termes, ce qui, voilà quinze ans, après l'épisode du « cancer gay » et des 4H, avait douloureusement saisi les États-Unis et l'Europe en prenant l'aspect terrifiant d'un retour de peste que l'on croyait appartenir définitivement aux temps passés, tend maintenant à s'identifier au monde sous-développé où, à l'instar de l'Occident d'autrefois, les fléaux semblent s'y produire en fatales et insurmontables tragédies.

Le propos peut paraître quelque peu excessif compte tenu que le sida reste un sérieux problème de santé publique dans les pays du Nord où l'on craint, comme en France, qu'un relâchement de la prévention ne puisse relancer l'épidémie, et que, par ailleurs, la communauté scientifique internationale continue de se mobiliser à travers l'Onusida et les conférences mondiales et régionales où il y est fait examen de tous les aspects et de tous les contextes de l'épidémie. Mais il n'en explicite pas moins la manière dont l'infection par le VIH est aujourd'hui clivée, non seulement au travers des écarts grandissants entre les taux de prévalence et d'incidence du Nord et du Sud, mais aussi par le fait que la prise en charge biomédicale des personnes atteintes tend, dans un cas, à la transformer en maladie chronique alors que, dans l'autre, cette même prise en charge, ou ce qui en tient lieu, ne cesse d'en faire une affection mortelle. L'arrivée des antiprotéases et de la multithérapie a en effet assez sensiblement modifié, dans les pays du Nord, les perceptions du sida au point de provoquer quelques

3. Voir à ce sujet de J.-P. Dozon, « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'Études Africaines*, XXXI 1.2, p.135-157.

crises d'identité au sein des associations, telles que *Aides* ou *Act Up* qui, quoi que fussent les multiples motifs justifiant leur action militante, s'étaient largement fondées sur le fait que la biomédecine n'avait guère de parades à proposer aux personnes séropositives. Mais, comme on le sait, ces progrès thérapeutiques parviennent difficilement à franchir les frontières des pays du Sud, notamment celles de l'Afrique sub-saharienne, même si, suite à la *Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique* d'Abidjan en 1997, il a été décidé, à l'initiative de la France, la création d'un *Fonds de solidarité thérapeutique international* et, sous l'égide de l'Onusida, un commencement de transfert des médicaments de pointe par une amorce de négociations avec les grands laboratoires qui les produisent. C'est ainsi que deux pays africains – la Côte-d'Ivoire et l'Ouganda où les malades du sida se comptent par centaines de milliers – se sont mis à organiser timidement, mais à des prix subventionnés, l'accès à l'AZT pour quelques centaines de femmes enceintes séropositives, et à la bithérapie, voire à la trithérapie pour un nombre encore plus réduit de personnes atteintes⁴.

Ce qui laisse finalement penser que ce parcimonieux transfert relève pour l'heure davantage du geste symbolique ou de la procédure expérimentale que d'une réelle volonté de permettre aux Africains contaminés d'accéder aux traitements. Mais ce qui laisse aussi supposer que la masse de personnes qu'il conviendrait de prendre en charge en Afrique semble rendre la chose presque impensable et toute dénonciation d'une telle parcimonie parfaitement vaine ou démagogique.

Une prise en charge impensable ?

Sans doute peut-on se dire avec une certaine dose de réalisme qu'une importation massive et subventionnée d'antirétroviraux et d'antiprotéases en Afrique ne réglerait pas, loin s'en faut, tous les problèmes posés par l'épidémie de sida en Afrique. D'abord, parce que l'on sait que ces médicaments ne délivrent pas les personnes atteintes de leur infection, requérant au contraire un suivi médical au long cours qui exige lui-même d'être relayé par des thérapeutiques plus performantes. Ensuite, parce qu'on ne peut guère imaginer, sauf à verser dans l'utopie, que les millions d'Africains contaminés pourraient tous et très rapidement en bénéficier ; et, surtout, que, même avec la

4. J'ai pu apprécier, en participant à l'évaluation de l'initiative Onusida en Côte-d'Ivoire, l'extrême timidité de l'opération. Cf. *Évaluation de l'Initiative ONUSIDA-Ministère ivoirien de la Santé d'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA en Côte-d'Ivoire. Volet 1 « Analyse des processus décisionnels »* (ANRS), K. Delaunay, J.-P. Dozon et alii, 104 p.

meilleure des volontés, l'accès aux traitements créerait à coup sûr des inégalités entre ceux qui seraient vite pris en charge et ceux qui devraient attendre de l'être ou qui en seraient tout simplement exclus, étant par exemple trop éloignés de toute structure sanitaire ou trop démunis pour supporter, même à très faibles coûts, un achat constamment répété de médicaments. Mais, malgré cela, les arguments qui sont régulièrement avancés pour ne pas l'envisager, ou pour lui préférer de beaucoup un soutien bien moins engageant dans la seule politique d'information et de prévention, ne sauraient être mis au simple compte du réalisme et appellent pour le moins une appréciation critique.

Une première série d'arguments se répartit, tout en se recoupant parfois, d'une part en calculs comptables ou économiques, d'autre part en considérations dites de santé publique. Dans le premier cas, c'est tout à la fois la cherté des protocoles de multithérapie et l'incapacité des États africains comme des populations à en payer le prix, associée à une absence de couverture sociale pour le plus grand nombre, qui justifient leur non-transfert. C'est ce même raisonnement qui avait déjà prévalu auparavant lorsqu'on ne disposait encore que de médicaments comme l'AZT ou le DDI, et qui, à l'époque, paraissait d'autant plus fondé et consensuel que ces antirétroviraux ne modifiaient guère le pronostic mortel de l'infection par le VIH. Autrement dit, à moins de croire que les laboratoires pharmaceutiques pourraient comme par magie se transformer en sociétés philanthropiques, les progrès de la prise en charge thérapeutique du sida sont réputés ne devoir globalement s'appliquer que là où la solvabilité des patients, des assurances ou des États est garantie, en l'occurrence au Nord (encore que des inégalités ou des exclusions sociales y soient parfois propices à un accès difficile aux traitements), associant ainsi fortement l'usage de ces progrès à un niveau important de développement économique et social et, plus généralement, la consommation médicale aux mécanismes très libéraux du marché.

Dans le second cas, est mis en avant le fait que l'Afrique subsaharienne souffre de bien d'autres maux que de la seule épidémie sidéenne. Combien d'endémies, à commencer par le paludisme, de pathologies infantiles, telles les diarrhées et la malnutrition, n'y sont toujours pas éradiquées, se maintenant bien plutôt à des niveaux de prévalence élevés quand elles ne connaissent pas, dans certaines régions, des reprises ou des augmentations inquiétantes. Et tout cela est aggravé par le fait que les systèmes de santé africains souffrent de déficiences chroniques, auxquelles s'ajoute l'extrême faiblesse des

politiques publiques de prévention, empêchant que ne se réalise la transition épidémiologique et démographique qui permettrait aux États africains de peser bien davantage sur leur développement économique et social. Autrement dit, vouloir que le sida, si pandémie fût-il, soit pris en charge dans des termes similaires à ceux qui ont cours au Nord, ne revient-il pas à concentrer sur lui l'essentiel de l'aide internationale aux dépens de tous les autres problèmes sanitaires et, par conséquent, à compromettre les indispensables efforts de réforme devant conduire à la mise en œuvre de véritables politiques de santé publique : celles, en l'occurrence, qui chercheraient à réduire la morbidité et la mortalité au plus près des contextes locaux et des besoins des populations, notamment en direction de la mère et de l'enfant, par le développement de l'hygiène, de l'éducation pour la santé et par des stratégies de soins de santé primaires ?

On peut répondre sur leur propre terrain à ces deux types d'argument. D'abord, en rétorquant au premier que, sous conditions d'aides internationales, les grands laboratoires pharmaceutiques disposeraient, avec la pandémie de sida en Afrique, d'un marché tout à fait exceptionnel et qu'à ce compte, très réaliste, ils seraient certainement en mesure d'augmenter considérablement la production des antirétroviraux, des antiprotéases et des tests biologiques et, par conséquent, d'en baisser les coûts de fabrication, d'autant qu'ils font tout pour empêcher certains pays africains d'en initier la production locale. Ce ne serait sans doute ni la première ni la dernière fois qu'en système capitaliste, même portées par un fort courant de libéralisme, des entreprises bénéficieraient d'un marché captif ou subventionné. Quant au second, on peut lui opposer l'idée que si, sans conteste, les pays africains sont confrontés à bien d'autres problèmes de santé publique que la seule infection par le VIH, certains de ceux-ci sont liés à son expansion, comme l'évolution également pandémique de la tuberculose ou l'annulation, par suite de la mortalité élevée due au sida, des quelques progrès qui avaient été enregistrés en matière d'espérance de vie avant sa survenue⁵. De sorte qu'apporter un soutien international massif à la lutte contre le sida ne consisterait pas à créer un hiatus entre cette épidémie et les autres problèmes sanitaires du continent (comme s'il était possible d'imaginer qu'en l'absence de sida un soutien équivalent aurait été mis en œuvre pour s'attaquer à la malnutrition, au paludisme, aux MST, ou, plus globalement, pour organiser une stratégie de

5. Cf. J.-P. Dozon et A. Guillaume, « Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida », in *Populations africaines et sida*, éd. J. Vallin, Paris, La Découverte/CEPED, 1994.

baisse drastique des taux de mortalité et de morbidité), mais reviendrait bien plutôt à susciter à partir et autour du sida les nécessaires réformes des politiques et des systèmes de santé africains. Qu'indépendamment d'une amélioration de la prise en charge thérapeutique, un tel soutien à la lutte contre le sida soit l'occasion d'assurer la sécurité transfusionnelle constitue un assez bon exemple du type d'effet en chaîne qu'il serait susceptible de produire.

De la construction de l'Afrique sub-saharienne comme monde à part

Cependant, répondre de la sorte à ceux qui estiment bien peu réaliste ou raisonnable d'appliquer à l'Afrique les protocoles de prise en charge en vigueur au Nord, est loin de suffire pour clarifier le débat. Car d'autres arguments, ou plutôt d'autres attendus, souvent plus implicites qu'explicites, justifient les freins à la mobilisation internationale ou ne la conçoivent essentiellement que sous l'angle d'investissements dans la prévention de la transmission hétérosexuelle. Ces attendus procèdent en effet d'une vision globale représentant l'Afrique sub-saharienne comme un monde à part où rien ne se passe véritablement comme ailleurs ; à commencer par ses économies qui, sauf exception, ne parviennent pas à décoller ou à émerger, comme s'il y avait en elles et dans les mentalités qui les soutiennent cette quintessence d'un « refus du développement ⁶ » dont Hegel avait déjà fait, voilà près de deux siècles, la marque distinctive de l'Afrique noire en n'y voyant précisément que les manifestations d'« un monde an-historique non développé ⁷ ». Fondamentalement sous-développées par conséquent, non compétitives sur le marché mondial, les économies et les populations africaines seraient en outre victimes de la mauvaise gestion et de la corruption de leurs gouvernants, auxquelles s'ajouterait une inclination irrésistible pour le tribalisme dont les méfaits, sous forme notamment de conflits ethniques et de guerres civiles, se donnent à voir régulièrement.

Autrement dit, la figure d'exception qu'incarnerait l'Afrique sub-saharienne tendrait à une sorte d'accumulation, dans tous les domaines (social, économique, politique et aussi, bien sûr, sanitaire), de traits foncièrement négatifs, justifiant ainsi point par point les

6. Suivant la formule d'A. Kabou dans son ouvrage, *Et si l'Afrique refusait le développement*, Paris, L'Harmattan, 1991.

7. Cf G. W. F. Hegel, *La Raison dans l'Histoire*, Paris, Plon, 1965, p. 269.

sombres pronostics dont elle fait couramment l'objet, eux-mêmes fort bien résumés par la formule tranchée d'afro-pessimisme. Sans vouloir nier l'abondance des faits qui vont dans le sens de cette singularité africaine et du pessimisme qu'elle suscite, et sans vouloir alourdir le propos par des considérations trop générales, il faut malgré tout rappeler que l'Afrique n'a pas toujours été perçue de la sorte. Elle fut, comme on le sait, pendant plusieurs siècles, un pôle de convoitise et d'attraction (économique, politique, religieux, scientifique, esthétique) pour l'Occident qui perdura au-delà de la période coloniale. On pourrait presque parler, pour les années consécutives aux indépendances, d'un « afro-optimisme », qui était, certes, régulièrement tempéré par quelques coups d'État militaires et, déjà, par de funestes pronostics du genre de celui que proférait René Dumont avec *L'Afrique noire est mal partie*⁸, mais qui ne s'en traduisait pas moins par une présence et des investissements occidentaux accrus, par de nombreux accords de coopération bilatérale entre ex-métropoles et États africains, toutes choses auxquelles la compétition entre les deux « blocs » apportait ici et là ses doses de surenchère.

Autrement dit, l'afro-pessimisme d'aujourd'hui participe d'un contexte international particulier où la fin de la guerre froide a ouvert la voie à des processus accélérés de libéralisation et de globalisation économique qui, tout en affectant très directement l'Afrique, notamment au travers des programmes d'ajustement structurels orchestrés par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, ne laissent pas de la faire apparaître comme un monde encore bien peu apte à en tirer parti. Par conséquent, tout se passe comme si cette image négative de l'Afrique s'était construite pour lui faire en quelque sorte endosser l'entière responsabilité de ses malheurs et de ses misères, comme si ce que l'on savait de la longue histoire qu'elle fut amenée à partager avec l'Occident devait être désormais refoulé au profit de l'énoncé de ses propres incapacités à figurer honorablement sur la scène de la mondialisation. Il est à cet égard assez remarquable que l'un des thèmes majeurs que les institutions de Bretton Woods développent actuellement en Afrique, sous la forme d'une quasi-inculturation, est celui de la « bonne gouvernance », tenant ainsi pour définitivement acquise l'idée que la cause principale de la faillite du continent résidait en lui-même, notamment dans ses élites et dans ses dirigeants. Mais il est tout aussi significatif qu'au moment même où ils prétendent inculquer la pratique de cette « bonne gouvernance », les programmes

8. Paris, Seuil, 1962.

d'ajustement structurels contribuent largement à affaiblir les États africains, c'est-à-dire à les délester d'une bonne partie de leurs politiques publiques et de ce qui, depuis les indépendances, avait fait d'eux en principe les maîtres d'œuvre du développement social et économique. Allègement des États, privatisations, promotion des sociétés civiles, des initiatives et des pouvoirs locaux, telles seraient ainsi désormais les conditions d'une bonne gouvernance.

En fait, et sans vouloir reprendre à notre compte les facteurs d'ordre uniquement exogène qui servaient encore récemment d'explication majeure au sous-développement africain, en l'occurrence les facteurs liés à cette longue histoire de domination et d'exploitation européenne, inaugurée par la traite négrière, puis relayée ensuite par le colonialisme et le néocolonialisme⁹, le renversement de perspective consistant à faire de facteurs uniquement endogènes les causes essentielles des malheurs de l'Afrique nous paraît au moins tout aussi sujet à caution. Car si l'on peut s'accorder sur le fait que les pays africains ont été, depuis les indépendances, effectivement mal gouvernés¹⁰, on ne saurait imputer leurs échecs en matière de développement à ce seul fait et, encore moins, à d'irrépressibles obstacles culturels qui les rendraient obstinément réfractaires au décollage et à la compétition économique internationale. Il n'y a en effet encore pas bien longtemps, l'Europe, et notamment la France, se satisfaisait largement de régimes africains corrompus et bien peu démocratiques, comme elle trouvait, somme toute, assez rentables les relations économiques et politiques qu'elle entretenait avec eux. Or, tout se passe précisément comme si les politiques de libéralisation voulaient faire oublier l'Histoire, reléguer au passé ces protections et « rentabilités » néocoloniales, pour ne s'adresser qu'à une Afrique qui aurait désormais à choisir entre s'ajuster aux impératifs de la mondialisation, ou s'y soustraire en continuant obstinément à cultiver ses archaïsmes.

Troublante et sinistre époque donc qui fait se rencontrer durablement ces politiques de libéralisation avec l'expansion du sida. Et, s'il ne s'agit pas de suggérer ici que celle-ci est la conséquence directe de celles-là, tout indique, cependant, qu'elles participent d'une même configuration historique et idéologique où l'Afrique est conviée à n'imputer qu'à elle-même la cause de ses malheurs et de son exceptionnalité aussi bien au plan sanitaire qu'au plan économique ou politique.

9. Sur ces sujets, on peut lire parmi de nombreux autres ouvrages, celui d'E. Williams, *Capitalisme et esclavage*, Paris, Présence africaine, 1968, et celui de S. Amin, *L'Accumulation à l'échelle mondiale*, Paris, Anthropos, 1970.

10. Sur cette question, voir notamment de J.-F. Bayard, *L'État en Afrique*, Paris, Fayard, 1989.

Le sida comme construction métaphorique d'une Afrique sexuellement et culturellement autre

En effet, alors que débutaient les programmes d'ajustement structurels, le discours épidémiologique des années 1980 eut assez vite fait d'assigner à l'Afrique noire, spécialement à l'Afrique centrale forestière, le statut assez peu enviable de « berceau du sida ¹¹ ». Sans doute existait-il, et existe-t-il toujours, de solides arguments d'ordre virologique (celui, entre autres, de la transmission d'un virus mutant du singe à l'homme) pour étayer une telle imputation. Mais le fait remarquable dans cette affaire, ce fut la façon dont ces arguments se marièrent très spontanément avec une certaine doxa culturaliste, posant que des coutumes africaines (certains rituels, certaines pratiques sexuelles) devaient être certainement à l'origine de ladite transmission ¹². Et cette doxa de redoubler en construisant le modèle d'une « *cultura sexualis africana* ¹³ » suivant lequel la sexualité africaine y serait spécifique et irréductible à toute autre, baignant dans une sorte d'éther de laxisme et de promiscuité ¹⁴ tout en étant simultanément présentée comme fondamentalement hétérosexuelle et soumise aux normes de la vie collective ¹⁵.

Sans doute ce culturalisme sommaire, qui avait fait revenir sur le devant de la scène certains des récits les plus piquants sur la vie sexuelle des « primitifs » laissés par les voyageurs, les traitants ou les colonisateurs européens des siècles passés se modifia-t-il sensiblement au fur et à mesure que se développait l'infection par le VIH en Afrique. Des épidémiologistes et des démographes, attentifs malgré tout à l'hétérogénéité de l'expansion du sida, se dirent qu'à l'instar des pratiques matrimoniales les pratiques sexuelles devaient y être

11. Thèse notamment développée par J. Leibowitch dans son livre, *Un virus étrange venu d'ailleurs*, Paris, Grasset, 1984, dont nous avons critiqué avec Didier Fassin les prénotions dans « Raison épidémiologique, raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, V, VII, n° 1, février 1989, p. 21-36.

12. Cf. M. D. Grmek, *op.cit.*

13. Suivant l'heureuse expression de G. Bibeau dans son article « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et sociétés*, 1991, V, 15, n° 2-3, *L'Univers du sida*, p. 125-147.

14. Parmi les textes les plus édifiants, à cet égard, on peut se reporter à l'article de J.-P. Ruhston et A.-F. Bogaert, « Population differences in susceptibility to AIDS: An evolutionary analysis », *Social Science and Medicine*, 1989, 28, 12, p. 1211-1220, et à celui de J. et P. Caldwell et P. Quiggin, *Disaster in an Alternative Civilization. The Social Dimensions of AIDS in Sub-Saharan Africa*, 1989, Health Transition Center, The Australian National University.

15. Ce que souligne fort bien C. Obbo dans son texte, « Social science research; understanding and action », in *Vivre et penser le sida en Afrique*, C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo et M. Touré (éds), Paris, CODESRIA-KARTHALA-IRD, 1999, p. 67-78.

différenciées et, partant, que les ethnies africaines n'étaient pas toutes exposées de la même façon au fléau ; et ils se le dirent d'autant mieux que certains rituels ou certains marquages des corps semblaient pouvoir favoriser diversement la transmission sanguine. Autrement dit, la culture fut une nouvelle fois convoquée, mais sur un mode un peu plus élaboré. On envisagea ainsi des ethnies plus à risque que d'autres, très précisément que certains traits culturels, certaines coutumes, telles la polygynie et ses formes dérivées comme le lévirat (institution amenant une veuve à épouser un frère ou un parent proche de son défunt mari) ou le sororat (institution permettant à un homme d'épouser la sœur de son épouse décédée), ainsi, surtout, que la possibilité donnée à des hommes d'âge mûr d'avoir accès à de très jeunes femmes¹⁶ étaient des facteurs favorisant la diffusion rapide du VIH, tandis que d'autres comme une certaine rigueur musulmane, les interdits sexuels post-partum ou la circoncision pouvaient à l'inverse la freiner¹⁷. Cependant, même sous cette forme plus rigoureuse, le recours aux facteurs culturels s'est avéré assez peu pertinent. Car, si on les considère en effet comme strictes composantes d'une Afrique toujours attachée à ses traditions immémoriales, on ne comprend pas dès lors que le sida ne soit pas apparu plus tôt en Afrique ; mais également on peut faire dire à la plupart de ces facteurs tout et son contraire, à l'instar du lévirat qui favorise peut-être une certaine dissémination du VIH, mais est tout aussi bien susceptible de la freiner puisqu'une veuve contaminée pourrait très bien le transmettre à bien d'autres hommes dans l'hypothèse où elle ne se remarierait pas coutumièrement avec un parent de son mari défunt¹⁸. À cet égard, du reste, l'explication du sida par la culture participe également de diverses représentations émiqes, c'est-à-dire des étologies fournies par les populations africaines elles-mêmes ; mais certaines d'entre elles, justement, interprètent la survenue et la diffusion du sida comme la conséquence délétère de la mise à mal de leurs coutumes ancestrales par le monde moderne et non comme un fléau qui serait en partie dû à leur irrépessible propension à vouloir les perpétuer¹⁹.

16. Sur ce sujet, voir, de N. Brouard, « Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de sida en Afrique », in *Populations africaines et sida*, op.cit.

17. À propos de la circoncision, on peut se reporter à l'article de J.-L. Marx, « Circumcision may protect against the AIDS virus », *Science*, 1989, 245, 2, p. 470-471, et à celui de J.-C. Caldwell, « Lack of male circumcision and AIDS in sub-saharian Africa ; resolving the conflict », *Health Transition Review*, 1995, 5, p. 113-117.

18. Sur ce thème, voire le texte de A. Palec, « Bamako, taire le sida », *Psychopathologie africaine*, XXVI 2, p. 211-234.

19. Ce qu'analyse fort bien C. Fay dans son texte « Du "culturel", de "l'universel" ou du "social". Penser le sida et la prévention au Mali », in *Vivre et penser le sida en Afrique*, op.cit., p. 277-298.

Penchants culturalistes et considérations sociologiques

En réalité, par-delà ses penchants culturalistes, l'épidémiologie du sida s'est bien davantage attachée à des considérations plus sociologiques. L'attention portée tout particulièrement au phénomène de la prostitution avec sa très grande labilité, allant du professionnalisme à des pratiques occasionnelles ou provisoires non assimilables à l'exercice d'un métier, comme au phénomène des migrations ou des mobilités humaines, notamment celles des travailleurs saisonniers et des transporteurs²⁰, a certainement constitué un tournant important d'une approche plus contextualisée de l'épidémie de sida en Afrique. Et, plus fondamentalement encore, le problème posé par une transmission du VIH, donnée comme principalement hétérosexuelle et mettant ainsi, sur le plan de la prévention, l'usage du préservatif au cœur des rapports hommes/femmes, n'a cessé d'encourager une telle approche. Car, s'il est susceptible de mobiliser également des facteurs d'ordre strictement culturel, c'est-à-dire tout ce qui, dans les traditions africaines, continue à fonder et à justifier la domination des hommes sur les femmes, rendant précisément difficilement négociable pour celles-ci l'emploi du préservatif²¹, ce problème a mis en effet bien davantage au jour toute une série d'évolutions récentes des relations de genre : au premier chef l'augmentation de l'instabilité matrimoniale, la croissance du nombre de femmes seules ou chefs de famille mais souvent exposées à la précarité économique²², ou encore la façon dont quantité de jeunes femmes tentent de s'émanciper de leur milieu traditionnel²³. Autrement dit, si l'on a pu parler pour l'Afrique de « femmes à risque » ou de « femmes vulnérables », c'est au moins

20. Sur ces questions relatives à la prostitution et aux mobilités humaines, il existe une très nombreuse littérature dont on peut indiquer quelques titres. P. Ulin, « African women and Aids; negotiating behavioral change », *Social Science and Medicine*, V, 34, 1, 1992, p. 63-73. I. Bardem et I. Gobatto, *Maux d'amour, vie de femmes. Sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, Paris, L'Harmattan, 1995 ; A. A. Ampofo, « Nice guys, condoms and other forms of STDs protection : sex workers and AIDS protection in West Africa », in *Vivre et penser le sida en Afrique*, *op. cit.*, p. 559-588. C. W. Hunt, « Migrant labor and sexually transmitted disease : AIDS in Africa », *Journal of Health and Social Behavior*, 1989, 30, 4, p. 353-373. T. Painter et alii, *Migrations and AID in West Africa. A Study of Migrants from Niger an Mali to Côte-d'Ivoire : Socio-economis Contexts, Features of their Comportments, and Implications for Aids Prevention Initiatives*, New York CARE, 1994. B. Cohen et J. Trussel (éds), *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-sabarian Africa; Research and Data Priorities for the Social and Behavioral Sciences*, Washington, D. C, National Academy, 1996.

21. Cf. P. Ulin, *op.cit.*, et G. Seidel, « Women at risks : gender and Aids in Africa », *Disasters*, 1993, 17, 2, p. 133-142.

22. Cf. G. B Schoeft, « Women at risk : case studies from Zaire », in *The Tume of Aids, Social Analysis, Theory, and Method*, Californie, Sage Production Editor, 1992, p. 259-276, et I. Bardem et I. Gobatto, *op.cit.*

23. Voir, à ce sujet, de L. Vidal, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris, PUF, 2000.

autant par rapport aux changements qui affectent de plus en plus les milieux familiaux et les existences féminines que par référence aux habitués de la domination masculine.

Reste qu'en dépit de l'importance accordée à ses dimensions sociales²⁴, l'épidémiologie du sida en Afrique au sens large (c'est-à-dire incluant des recherches en sciences sociales étroitement liées à la demande médicale, notamment celles qui se sont situées dans le cadre des enquêtes du type « Comportements, Attitudes, Croyances, Pratiques ») a continué à se focaliser sur ce qui semble être des comportements sexuels spécifiquement africains et, conséquemment, sur les moyens d'y remédier. Plus précisément, comme il ne cessait d'être établi que la transmission du VIH s'effectue essentiellement par voie hétérosexuelle (et du même coup, également, par la voie materno-fœtale), contrastant en cela avec le modèle qui prévaut au Nord où l'épidémie touche surtout les milieux homosexuels et toxicomanes (et dans certains pays, comme la France, les personnes transfusées), on s'est presque automatiquement fixé sur le problème d'une culture sexuelle ou d'un style de vie propre à l'Afrique qui, sur la base de traditions encourageant aussi bien la polygynie que les relations sexuelles précoces, se manifesterait plus largement aujourd'hui, notamment dans les villes, en multipartenariat ou en « vagabondage sexuel²⁵ ». C'est du reste pourquoi les programmes nationaux de lutte contre le sida associent, la plupart du temps, la promotion du préservatif à la valorisation de la fidélité, étant en cela fermement soutenus par les Églises chrétiennes, voire par des représentants de l'islam (la religion musulmane recommandant la fidélité dans le cadre d'une polygynie limitée). Ils expriment ainsi, à leur manière, l'idée qu'une certaine moralisation des mœurs africaines est au moins aussi indispensable qu'un moyen de prévention dont on peut penser qu'il ne les modifiera guère (certains estimant au contraire que le préservatif est un encouragement au « dévergondage sexuel ») et qu'il fera, de toutes les façons, l'objet de résistances culturelles parce qu'il n'est précisément pas dans les habitudes desdites mœurs de freiner la fécondité.

24. Cf. W. Rushing, *The Aids Epidemic. Social Dimensions of an Infectious Diseases*, Boulder, Westviewpress, 1995.

25. Voir l'évaluation critique qu'a faite de tous ces thèmes K. Delaunay dans son texte « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines. Discours sur une pandémie », in *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal)*, M. E. Grunénais (dir.), ANRS, 1999.

Déconstruire par une épidémiologie critique

Sans contester l'ordre des faits justifiant largement le consensus qui s'est établi à propos de l'Afrique sur un mode de transmission du VIH principalement hétérosexuel, on peut malgré tout mettre en cause la façon dont ils ont été quelque peu durcis aux dépens d'autres et surtout réorienter autrement leur cadre d'interprétation. À cette fin, il faut rendre hommage à Randall M. Packard et Paul Epstein d'avoir commis l'un des rares articles de fond²⁶ osant contester tout ce qui semble faire du « sida africain » un problème essentiellement culturel et osant proposer, à l'encontre des thèses dominantes devenues quasi dogmatiques, d'autres types d'explication à son expansion rapide et dramatique comme à son apparente spécificité hétérosexuelle. D'abord, parce qu'ils eurent le grand mérite de soulever la question de la transmission sanguine. Non pas précisément cette transmission que certains auteurs avaient mis derechef au compte des pratiques traditionnelles africaines, comme les scarifications, excisions, ou autres atteintes à l'intégrité des corps, mais bien plutôt celle, plus moderne ou plus iatrogénique, qui passe par les injections ou par les transfusions, et dont on peut supposer, à l'appui de quelques études épidémiologiques, rares mais exemplaires²⁷, qu'elle n'est pas un mode de contamination négligeable. En fait, ce que Packard et Epstein ont voulu à juste titre mettre en lumière, c'est que, tout en sachant que ces injections et transfusions constituent en Afrique une pratique courante du corps médical et infirmier (contre le paludisme, la malnutrition, l'anémie, etc.), fort bien acceptée de surcroît par les populations, tout en sachant qu'elles sont beaucoup moins qu'ailleurs garanties des précautions d'hygiène et de sécurité, l'épidémiologie du sida, comme du reste les programmes de prévention, les ont toujours minimisées. Et, si leurs critiques ont pu paraître très isolées et, du coup, peu crédibles, des études plus récentes, osant à leur tour transgresser le modèle d'interprétation dominant, ont particulièrement insisté sur le niveau élevé des risques encourus par les personnes transfusées²⁸.

26. Cf. « Epidemiologists, social scientists, and the structure of medical research on AIDS in Africa », *Social Science and Medicine*, 1991, 33, 7, p. 771-794.

27. Comme celles de J. M. Mann *et alii*, parues dès 1986, dont « Risk factors for human immunodeficiency virus seropositivity among children 1-24 months old in Kinshasa, Zaire », *Lancet*, 2, p. 676, et « HIV seroprevalence among hospital workers in Kinshasa, Zaire », *JAMA*, 256, p. 3099.

28. Outre le texte présenté dans cet ouvrage par D. Bonnet, on peut se reporter à ce sujet à celui de D. Kerouedan *et alii*, « Réflexions sur la transfusion sanguine au temps de l'épidémie de sida. État des lieux et perspectives en Côte-d'Ivoire », *Cahiers Santé*, 1994, 4, p. 37-42.

En fait, ce qui est assez remarquable et, d'une certaine façon, assez paradoxal, c'est qu'en réalité, dans plusieurs pays africains, des mesures ont été prises pour que médecins et infirmiers utilisent des seringues jetables, pour qu'ils substituent, quand ils le peuvent, la prescription de médicaments aux pratiques transfusionnelles, ou pour disposer de banques de sang sécurisées. Mais, bien que ces mesures indiquent une assez claire conscience du risque sanguin en milieu hospitalier, et en dépit du fait qu'elles soient très insuffisamment généralisées compte tenu des faiblesses des systèmes de santé, et que les banques de sang, lorsqu'elles existent, n'y ont pas en Afrique le même niveau de sécurité qu'au Nord, tout se passe comme si ce type de contamination ne devait en aucune manière porter atteinte à l'évidence que la transmission hétérosexuelle présidait fondamentalement à la diffusion du VIH en Afrique et que ce soit sur elle qu'il faille épidémiologiquement raisonner et faire porter tous les efforts de prévention.

Mais, en cette matière précisément, Packard et Epstein ont soulevé d'autres questions tout aussi pertinentes. Car, tout en reconnaissant qu'une meilleure évaluation des contaminations sanguines iatrogènes n'inverserait pas la tendance générale d'une transmission majoritairement hétérosexuelle, il leur est apparu que celle-ci, énoncée trop souvent sous cette forme lapidaire, constituait un modèle d'intelligibilité pauvre et précisément tendancieux des épidémies de sida en Afrique. En laissant supposer qu'elle résultait automatiquement de conduites sexuelles spécifiquement africaines, ce modèle, formulé de la sorte, n'intégrait pas en effet les multiples cofacteurs qui pouvaient par ailleurs expliquer pourquoi les contaminations étaient si fréquentes ou les passages de la séropositivité au stade sida si rapides. Et avec l'appui, là encore, de quelques études exemplaires²⁹, ils ont défendu l'idée que le contexte pathologique général de l'Afrique, en l'occurrence les nombreuses endémies, comme le paludisme ou la trypanosomiase, elles-mêmes en recrudescence, et, peut-être davantage encore, la malnutrition, constituaient, sur le plan des défenses immunitaires, un terrain particulièrement favorable à l'infection par le VIH et à l'apparition rapide des maladies opportunistes comme la tuberculose.

On pourrait bien sûr rétorquer à Packard et Epstein que, dans le domaine précisément des cofacteurs, de nombreuses études épidé-

29. Notamment de T. C. Quinn *et alii*, « Serologic and immunologic studies in patients with AIDS in North America and Africa. The potential role of infections agents as co-factors in human immunodeficiency virus infection », *JAMA*, 1987, 257, 19 p. 2617-2621.

miologiques n'ont cessé d'établir des corrélations entre le développement des MST et l'expansion du sida, notamment en ce qui concerne les femmes africaines³⁰, exposées davantage que les hommes à des lésions génitales chroniques, et de renforcer du même coup l'idée que les conduites sexuelles africaines présidaient à l'évidence à la diffusion du VIH. Mais, pour aller cependant dans le sens de nos deux auteurs, on peut tout aussi bien dire que ces études ne se sont multipliées, confortant ainsi le modèle d'interprétation dominant, que dans la mesure où les recherches sur les autres cofacteurs n'ont guère été encouragées et, surtout, qu'en mettant l'accent sur les complications liées aux MST, elles ont plutôt fait ressortir un problème d'insuffisance de prise en charge sanitaire et de prévention de ces pathologies qu'une stricte question de comportements sexuels.

Intelligibilité historique et politique du sida en Afrique

D'une certaine façon, donc, la position défendue globalement par Packard et Epstein est assez proche des formules qui sont par ailleurs fréquemment utilisées à propos du sida en Afrique le désignant d'abord et avant tout comme une « maladie de la pauvreté » ou comme « une maladie du développement³¹ ».

Ces formules, aujourd'hui largement répandues, laissent assez bien entendre que la diffusion du VIH dans cette région du monde, surtout quand elle atteint des taux de séroprévalence de 20 ou 30 %, ne saurait se réduire à un problème de transmission et de conduites sexuelles. Mais, bien que l'on puisse les entendre de la sorte et que beaucoup d'observateurs de l'Afrique les reprennent à leur compte, tout se passe comme si elles n'avaient qu'une fonction métaphorique et se contentaient de suggérer, telle une évidence, que si l'Afrique était autre que ce qu'elle est, c'est-à-dire un continent laissant s'additionner désordres et malheurs, certainement ne subirait-elle pas de surcroît pareilles pandémies de sida. Et, faute d'aller plus loin dans l'analyse, tout se passe par conséquent comme si la transmission hétérosexuelle était la seule réalité épidémiologique tangible et exemplifiait à elle seule, sous forme de comportements spécifiques, le sous-développement et les misères de l'Afrique.

30. Voir en particulier, de M. Carael, « Women vulnerability to STD/HIV in sub-saharian Africa : an increasing evidence », Communication présentée au séminaire « Women and demographic change in Sub-Saharan Africa », Commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la pollution, Dakar, 6-13 mars 1993.

31. Cf. N. Miller et M. Carballo, « Aids : a disease of development ? », *Aids and Society*, 1989, V, 1, 1.

Or, ce qui semblait ressortir de l'article de Packard et Epstein et qu'en tout cas nous reprenons volontiers à notre compte, c'est le refus de la métaphore. Car, au-delà d'une formule comme « maladie du développement » qui peut faire aisément consensus, il s'agit bel et bien d'expliquer plus réellement ou plus concrètement les modes de diffusion du VIH en Afrique. Et, sous ce rapport, on ne saurait, de la même manière, accepter tout énoncé généralisateur, comme celui de pauvreté, dans la mesure où l'on sait que les épidémies de sida ne lui sont corrélées que dans des contextes spécifiques et qu'elles sont inégalement réparties suivant les pays et les régions, avec des taux de séroprévalence qui vont du simple au décuple³². En fait, et c'est très certainement là l'enjeu d'une véritable critique des discours épidémiologiques sur le sida en Afrique, toute approche qui procède par essentialisation ou par globalisation de traits culturels, de conditions sociales ou de comportements particuliers, ne retrouve jamais dans sa compréhension du sida ou dans ses politiques de prévention que ce qu'elle y a mis préalablement. Affirmer par exemple, comme cela se fait maintenant de plus en plus souvent, que les femmes africaines sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH parce qu'elles cumuleraient toute une série de « désavantages », physiologiques, culturels et sociaux, n'est sans doute pas une proposition fautive. Mais elle a le très grand inconvénient de procéder par excès de généralisation ou, plus précisément, par excès de métonymie, faisant en quelque sorte endosser à une partie de la population ce qui se dit par ailleurs d'une manière globale sur le sous-développement africain, et d'évacuer du même coup tout ce qui, au contraire, témoigne de processus d'émancipation féminine et de maîtrises d'une certaine « vulnérabilité », y compris chez les prostituées professionnelles³³.

Comme l'usage de notions métaphoriques, ce genre de catégorisation ne fonctionne en réalité que par une inférence abusive de données statistiques, c'est-à-dire par l'absence criante d'analyses contextuelles. Car si l'on peut accepter l'idée que l'Afrique, à l'instar d'autres régions du Sud, est globalement vulnérable à l'infection par le VIH parce qu'elle est sous-développée, parce que la pauvreté y est dominante, parce que les endémies y sont nombreuses et les systèmes de santé iatrogènes et déficients, etc., encore faut-il identifier plus précisément les *facteurs de médiation* et les *situations* qui font que

32. Sur ce sujet, voir, de J. M. Amat-Roze, « Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du sida en Afrique sub-saharienne », *Social Science and Medicine*, 1993, 36, 10, p. 1247-1256.

33. Cf. I. Bardem et I. Gobato, *op. cit.*, et D. Cohen et E. Ried, « The vulnerability of women : is this a useful construct for policy and programming? », in *Vivre et penser le sida en Afrique*, *op. cit.*

l'épidémie se transforme ici et là en pandémies avec des taux de séroprévalence qui dépassent les 10 % et atteignent parfois les 30 %. En aucune manière, ni les habitus culturels, ni le multipartenariat, ni la condition de dépendance des femmes, ni la pauvreté en tant que telle, ni même la possible sous-estimation de la transmission sanguine ou des déficits nutritionnels, ne sauraient suffire, pris ensemble ou isolément, à expliquer semblables évolutions.

Les facteurs économiques et socio-politiques

Pour en rendre compte, il faut résolument faire l'hypothèse que l'infection par le VIH ne prend ces tournures pandémiques qu'en étant étroitement corrélée à tout un ensemble de facteurs économiques et socio-politiques, eux-mêmes constitutifs de situations à risque particulières³⁴.

C'est précisément dans cette perspective qu'il faut reconsidérer la question des mobilités humaines, en l'espèce ne pas se contenter, comme trop d'études épidémiologiques, de s'intéresser au monde des transporteurs, avec cette image quelque peu stéréotypée du camionneur fréquentant des prostituées à ses heures de pause. Bien au-delà de ce milieu professionnel, les mobilités renvoient au premier chef au phénomène migratoire, c'est-à-dire à l'un des phénomènes sociologiques majeurs de l'Afrique contemporaine qui ne s'est pas limité aux mouvements internes de l'exode rural et de l'urbanisation mais qui a aussi et surtout pris la forme d'intenses mouvements de population transnationaux. Et la caractéristique aujourd'hui majeure de ces mouvements interafricains, c'est qu'ils ne sont plus seulement, comme ils l'ont été longtemps, des migrations de travail par lesquelles des ressortissants de pays pauvres vont s'installer, provisoirement ou durablement, dans des pays offrant des opportunités de travail ou des possibilités d'accès à la terre. Ils sont également, et de manière croissante, associés aux processus actuels de dérégulation étatique, résultant au moins pour une part des programmes d'ajustement structurels, qui amènent quantité d'Africains à circuler à l'intérieur de réseaux de commerce transfrontaliers où s'accumulent et s'échangent une gamme étendue de denrées légales et de produits illégaux (drogue, arme, etc.)³⁵. Toutes

34. Comme celle décrite et analysée par D. Webb dans *Migrants, Money and the Military : The Social Epidemiology of HIV/AIDS in Owanbo, Northern Namibia*, Windhoek, NEPRU, 1995.

35. Sur ces questions essentielles, voir notamment, de S. Ellis et J. Mac Gaffey, « Le commerce international informel en Afrique sub-saharienne. Quelques problèmes méthodologiques et conceptuels », *Cahiers d'études africaines*, 1997, XXXVII, 1, 145, p. 11-37, et, de J. Roitman, « The Garisson-Entrepôt », *Cahiers d'études africaines*, 1998, XXXVIII, 2-4, 150-152, p. 297-329.

choses qui se trouvent par ailleurs singulièrement renforcées avec la multiplication des crises étatiques et des guerres civiles, comme en Afrique centrale, où à l'extension des économies souterraines s'ajoutent les cortèges de populations déplacées et réfugiées.

On peut donc fortement supputer que, dans de tels contextes de mobilité, l'infection par le VIH trouve des terrains particulièrement favorables à sa diffusion et considérer en effet que la transmission hétérosexuelle y constitue le mode de contamination dominant. Mais dire cela ne signifie justement pas que cette transmission dérive à proprement parler de comportements sexuels. À tout le moins, doit-on admettre que ces comportements sont eux-mêmes amplement informés par tout un ensemble de pratiques, par un style de vie ou de survie, c'est-à-dire qu'ils y trouvent largement leurs raisons d'être et leurs significations³⁶. Et si ces contextes sont certainement propices à l'infection par le VIH, ils le sont aussi pour bien d'autres types de risques, notamment quand les situations de migration sont associées à des conditions d'insécurité ou à des pratiques illégales, c'est-à-dire à un *univers de périls* producteur de pratiques et de valeurs particulières. En la matière, du reste, on pourrait soutenir que de telles situations sont constitutives de « cultures à risques », mais en précisant bien, encore une fois, qu'elles ne sauraient simplement se réduire à des spécificités culturelles africaines. Car, même si l'Afrique, pour des raisons principalement économiques et politiques, leur offre un terrain de prédilection, ailleurs que sur ce continent, des situations ou des « cultures » similaires sont génératrices de multiples risques et périls, notamment celui de l'infection par le VIH.

Préciser les caractéristiques de ces situations, de ces cultures à risques ou de ces univers de périls, tel devrait être par conséquent l'objectif premier d'une socio-épidémiologie du sida en Afrique. Et dans cette perspective, encore une fois, il conviendrait qu'elle désapprenne à se focaliser uniquement sur les comportements sexuels, pour prendre en compte, outre les phénomènes migratoires de plus en plus intenses, la consommation d'alcool ou l'usage de psychotropes qui participent des mêmes effets de dérégulation étatique ou socio-économique, de crise généralisée des systèmes éducatifs, et qui touchent particulièrement les jeunes générations. Mais il conviendrait aussi et surtout qu'elle prenne la mesure des phénomènes de violence, c'est-à-dire non pas seulement des guerres civiles et de leurs conséquences,

36. Voir, à ce sujet, l'article de D. Fassin, « Une crise épidémiologique dans les sociétés de post-apartheid : le sida en Afrique du Sud et en Namibie », *Afrique contemporaine*, 195, juillet-sept. 2000, p. 105-115.

mais également de tout ce qui fait que les histoires coloniales et post-coloniales en Afrique, en accumulant des processus d'intériorisation de l'autoritarisme et de la répression³⁷, se prolongent et s'expriment de plus en plus aujourd'hui en conflits et en violences essentiellement internes. Autrement dit, il s'agirait de mettre étroitement en rapport les situations actuelles de « libéralisation » économique et politique des pays africains, où des percées démocratiques se sont accompagnées d'inégalités et de chômage croissants, avec tout un ensemble de violences qui, parfois, peuvent se diriger contre des étrangers, une ethnie différente de la sienne, contre les gouvernants (beaucoup plus rarement contre les grandes puissances ou les grandes banques internationales), mais qui, plus fréquemment ou plus banalement, se déroulent à l'intérieur des univers de parenté et de voisinage³⁸. Et, si la sorcellerie en constitue certainement l'idiome ou le point de crispation principal³⁹, celle-ci, soit pour se prémunir, soit pour se venger de ceux ou celles qui sont censées la manipuler, donne de plus en plus lieu à de très physiques règlements de compte.

Changement de perspective

Envisager les choses sous cet angle ne revient pas à s'éloigner de l'épidémiologie du sida en Afrique. Bien au contraire. Car ces phénomènes de violence, comme ceux de la consommation d'alcools et de drogues auxquels ils sont étroitement liés, constituent un terrain éminemment favorable à la diffusion du sida. À la fois parce qu'ils sont propices à une minimisation de l'exposition au risque-VIH par rapport à d'autres risques de mort, quand elle n'y fait pas l'objet d'un simple déni, parce qu'ils mettent souvent en jeu des relations sexuelles fréquemment empreintes de leurs logiques agressives (abus sexuels, viols, y compris sur de jeunes enfants), et parce que, de surcroît, ils sont susceptibles, par leur banalité même, de donner du sida des interprétations qui collent au plus près aux causes et aux enjeux des conflits, au point parfois d'en être lui-même l'instrument.

Mais les envisager de la sorte consiste à donner à l'épidémiologie du sida une dimension résolument politique. Ce qui revient à dire, pour utiliser son langage, que les facteurs ou les cofacteurs de risque à VIH doivent être d'abord rendus intelligibles à l'intérieur de mondes

37. Ce qu'avaient fort bien décrit en leur temps F. Fanon dans *Peaux noires et masques blancs*, Paris, Seuil, 1952, ou A. Memmi dans *Portrait du colonisé*, Paris, Pauvert, 1996.

38. Comme nous le montre R. Bazanguissa-Ganga dans son livre, *Les Voies du politique au Congo*, Paris, Karthala, 1997.

39. Voir à ce sujet de P. Geschiere, *Sorcellerie et politique en Afrique*, Paris, Karthala, 1995.

sociaux qui les cumulent tout en n'ayant guère les moyens de les maîtriser et, par conséquent, qu'avant de cibler les comportements individuels et leur possible changement par une prévention de bon aloi, il importe d'identifier et de dénouer tout ce qui fait la trame banalement périlleuse de ces mondes où le sida n'y est qu'un risque parmi beaucoup d'autres. On mesure évidemment l'ampleur de la tâche puisqu'elle suppose que les États africains, comme ceux qui les aident dans la lutte contre le sida (organisations internationales et ONG), veuillent bien mettre sur la place publique tout ce à quoi celui-ci est associé et considérer qu'il exige de leur part autre chose qu'une simple promotion du préservatif ou qu'une moralisation des mœurs par les confessions religieuses de tous bords (à l'avant-dernière CISMA de Lusaka, elles y étaient massivement représentées). Mais on mesure aussi qu'en continuant à faire du sida un problème essentiellement culturel et sexuel appelant on ne sait quel miraculeux changement de comportements, sans identifier toutes les situations à risque dont il n'est manifestement qu'une composante, les uns et les autres s'arrangent objectivement pour le rendre effectivement fort peu politique, c'est-à-dire pour ne pas avoir à mettre en cause les carences de leur politique économique et sociale.

Par où l'on retrouve finalement la question de l'accès aux traitements qui, au-delà de ses enjeux thérapeutiques et éthiques, constitue à plusieurs niveaux une manière très efficace de politiser en Afrique les épidémies de sida. D'abord, au niveau international, cette question demande à être traitée par d'autres instances et organisations que la seule Onusida. En elle quelque chose a échoué à maintenir le fil de cet universalisme qui, jusqu'à la fin des années 1980, faisait du sida un fléau planétaire requérant une solidarité mondiale. D'autres mobilisations, d'autres recours et arguments que ceux qui ont focalisé ses programmes de lutte contre le sida sur le principal terrain de l'information et de la prévention, doivent précisément relayer cette institution, issue de l'OMS, pour faire valoir le droit des personnes atteintes, quelles que soient leurs origines, à accéder au meilleur traitement. En la matière, le droit doit être énoncé comme éminemment supérieur à toutes considérations culturelles ou économiques, comme celle qui consiste à dire que les populations africaines sont insolubles. Sans doute le sont-elles pour une large majorité, mais c'est très précisément la force du droit que d'aboutir à ce que les prix des anti-rétroviraux et des antiprotéases baissent, qu'ils soient subventionnés ou libérés de leurs brevets, ou encore qu'ils amènent les États africains à déclarer l'épidémie de sida « catastrophe nationale », leur

permettant justement de bénéficier de ces mesures économiques et juridiques.

Mais ensuite, l'accès aux traitements, quels que soient les nouveaux problèmes qu'il poserait aux États africains, changerait considérablement la façon dont ceux-ci ont eux-mêmes, jusqu'à présent, assez peu internalisé l'épidémie de sida, c'est-à-dire en se satisfaisant de programmes nationaux de lutte largement téléguidés de l'extérieur. En effet, il les obligerait à modifier l'image d'un « sida qui tue » et dont ils firent et font encore, sous cet énoncé, la publicité mortifère pour promouvoir le préservatif, la fidélité ou l'abstinence, et qui a entre autres comme conséquence de dissuader quantité d'Africains de se faire dépister (d'autant que les tests sont généralement payants). Sur les millions de personnes estimées atteintes en Afrique, assez peu (peut-être 10 %) se savent effectivement séropositives, ce qui n'est évidemment pas propre à faire diminuer les taux d'incidence et de prévalence ; mais ce qui, surtout, est rarement dit, comme si assener une telle vérité revenait à révéler, dans toute sa crudité, l'énorme gouffre qui sépare la prise en charge du sida ici et là-bas.

Briser les silences de mort

On peut, par conséquent, gager qu'un accès aux tests et aux traitements aura d'abord cet avantage de briser les silences de mort qui entourent actuellement l'infection par le VIH en Afrique⁴⁰ où la masse de tous ceux qui en sont atteints ou qui en décèdent semble discrètement se perdre dans l'univers du secret et de la honte, dans les segments de plus en plus dissociés des sociétés civiles, et dans les recours de plus en plus nombreux aux guérisseurs ou aux prières miraculeuses. Mais il faut surtout considérer qu'une mobilisation internationale pour l'accès à la multithérapie obligera les États et les responsables africains à mener autre chose que des programmes d'information et de prévention. Car, par la prise en charge de dizaines, voire de centaines de milliers de personnes atteintes, ceux-ci devront nécessairement amener le sida sur la scène publique, c'est-à-dire, d'une part résoudre le problème de l'organisation de cette prise en charge, d'autre part laisser s'explicitier et affronter tout ce qui participe, dans le champ des multiples situations à risque, à l'expansion de l'infection

40. Cf. L. Vidal, *Le Silence et le Sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos, 1996.

Le sida et l'Afrique ou la causalité culturelle en question

par le VIH, et qui requiert pour le coup moins des traitements médicaux que des politiques sociales spécifiques.

La tâche est évidemment immense et pleine d'embûches, mais ne pas vouloir l'amorcer en laissant signifier que l'Afrique doit s'ajuster, économiquement, culturellement, sexuellement, avant de pouvoir bénéficier des avancées thérapeutiques, c'est très précisément cesser de faire du sida un problème de solidarité planétaire et l'instaurer au contraire en parangon de tout ce qui contribue à organiser le monde en un système dual de pays riches et de pays pauvres.