

Post-face

Jean-Pierre Dozon*

L'atelier de synthèse (qui s'est tenu à Paris en septembre 1995), dont sont issus les articles de cet ouvrage, est la troisième rencontre de chercheurs en sciences sociales, français et africains francophones, travaillant sur le problème du sida en Afrique.

La première, organisée par l'ANRS en 1990, s'était donné pour objectifs la présentation par leurs auteurs des projets de recherche que l'Agence avait sélectionnés et financés peu de temps auparavant, accompagné d'un exposé des premiers résultats. Elle avait bien sûr aussi pour but de susciter des débats et d'instaurer des liens entre les différentes équipes de recherche. La seconde, dite "atelier de Bingerville" (Côte-d'Ivoire), organisée en 1993 par l'action incitative "sciences sociales et sida" de l'ORSTOM avec le soutien de l'ANRS et du ministère de la Coopération, avait, comme la précédente, pour finalité de présenter les recherches en cours, celles en l'occurrence qu'avait promues l'ORSTOM, mais auxquelles se sont ajoutés les exposés de chercheurs ivoiriens travaillant sur le sida et sa prévention. Mais elle fut aussi l'occasion d'échanges et de confrontation entre chercheurs en sciences sociales et praticiens (personnels de santé) de la prévention et de la prise en charge du sida, en Côte-d'Ivoire et dans quelques autres pays africains.

À Bingerville, avait été soulignée l'importance de constituer plus largement un milieu de chercheurs francophones en sciences sociales travaillant sur le sida en Afrique. Un milieu capable d'une part de se faire reconnaître sur le plan international où la recherche dans le domaine est sans conteste dominée par la recherche anglophone, d'autre part de nouer des relations utiles aussi bien avec les disciplines engagées au premier chef dans la recherche sur le sida (épidémiologie, biomédecine) qu'avec les divers institutions et intervenants très concrètement confrontés aux problèmes de sa prise en charge et de sa prévention.

Il faut considérer cette troisième rencontre, organisée conjointement par l'ANRS et par l'action incitative "sciences sociales sur le sida" de l'ORSTOM comme une étape importante vers la constitution dudit milieu, et cela d'autant que la plupart des chercheurs présents se sont retrouvés à Dakar (novembre 1996) à l'occasion d'un colloque international (organisé par l'ORSTOM et le CODESRIA¹) ayant pour objectif de tracer le bilan et les perspectives des recherches en sciences sociales menées à propos du sida sur l'ensemble du continent africain.

Je voudrais faire ici quelques remarques personnelles susceptibles de contribuer à la synthèse des réflexions. Comme l'a souligné Françoise Héritier, il me semble que l'approche par les sciences sociales du sida en Afrique manque encore de cadrage théorique, et que si on peut noter un net accroissement du nombre de chercheurs s'impliquant dans cette approche (sans doute grâce aux incitations de l'ANRS et de l'ORSTOM), beaucoup de travaux évoluent encore dans un certain empirisme. Cependant, cette remarque liminaire appelle immédiatement quelques corrections.

En effet, les recherches, actuellement menées, me paraissent éviter de plus en plus deux écueils importants.

* ORSTOM-EHESS, Paris.

¹ Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique.

Le premier écueil, est ce qu'on pourrait nommer "le culturalisme". En effet, la tentation fut grande d'enfermer les sciences sociales (et tout particulièrement l'anthropologie) dans une approche strictement culturelle de l'expansion du sida en Afrique, et cela aussi bien pour en faire un déterminant essentiel de son épidémiologie (dont l'expression la plus schématique aurait été de caractériser les "ethnies africaines" par leur plus ou moins grand risque d'infection), que pour identifier la façon dont l'ordre des "coutumes" et des représentations sociales pouvait faire obstacle aux programmes de prévention. Certaines recherches, il y a quelques années, se sont laissées enfermer dans ce cadre. C'est beaucoup moins vrai aujourd'hui et c'est heureux, car on ne saurait aborder le problème du sida sans considérer que l'Afrique évolue dans une "pluralité de mondes" (ceux des villes et des campagnes, ceux des systèmes lignagers et du salariat, etc.), et que si ces "mondes" ne sont sans doute pas coupés les uns des autres, laissant plutôt découvrir entre eux des subtiles dialectiques, les sciences sociales doivent en effet éviter de privilégier le seul monde des traditions.

Il est bien sûr tout à fait légitime et certainement utile d'étudier certaines pratiques ou règles sociales traditionnelles susceptibles de favoriser l'extension de l'épidémie (ainsi que, du reste, celles qui pourraient la freiner) ; de même, il est important d'appréhender les façons dont les populations africaines mobilisent des représentations et des interprétations relatives au sida, à son "origine", sa "contagiosité", ou concernant les substances corporelles impliquées dans les modes de transmission, et de la sorte prendre la mesure de l'usage possible du préservatif et de l'adoption d'attitudes préventives. Mais il est au moins tout aussi essentiel de considérer que ces représentations sont largement polymorphes et changeantes. Elles dépendent sans doute de canevas et d'habitus socioculturels solidement ancrés, mais également, et peut-être surtout, des multiples situations contextuelles où interviennent aussi bien différents types d'informations relatives au sida (émanant des pouvoirs publics et des campagnes de prévention, des religions instituées et des multiples syncrétismes religieux, ou tout simplement de diverses rumeurs) que les degrés d'expansion de l'épidémie elle-même. De la même façon, l'ordre des règles et des pratiques sociales de la culture doit être nécessairement confronté aux évolutions qui en modifient la teneur ou le remettent en cause. Comme l'ont indiqué plusieurs intervenants, bien des contextes africains indiquent de nettes transformations dans les rapports de genre et entre les générations. Et bien que l'accroissement des marges de manœuvre ou des contestations des femmes et des jeunes vis-à-vis des hommes et des aînés implique souvent des parcours pleins d'embûches comme le chômage, la délinquance ou la prostitution, augmentant ainsi les prises de risque, notamment face à l'infection à VIH, de telles évolutions ne peuvent que constituer l'objet principal des sciences sociales, et cela d'autant plus qu'elles s'intéressent au sida.

Relier la problématique du changement social en Afrique à celle du sida, c'est très certainement œuvrer à la compréhension de son épidémiologie (et, sous ce rapport, les processus et les réseaux de mobilité individuelle et collective en constituent le phénomène-clé) ; mais c'est aussi admettre que le sida, parce qu'il concerne très directement les relations homme/femme, parce qu'il s'associe spontanément à tout ce qui peut être perçu comme désordres sociaux, constitue précisément un puissant révélateur et analyseur du dit changement. Ce que suggèrent plusieurs articles, c'est que pour être certainement en grande partie le produit de transformations sociales survenant dans des contextes de crise socio-économique et politique, l'épidémie du sida peut en être également un accélérateur, contribuer notamment, par-delà la multitude de drames et de souffrances, à une plus grande autonomie des femmes, ou encore à des débats publics concernant la nécessité, pour les États et les gouvernants africains, de mettre enfin en œuvre des politiques sanitaires dignes de ce nom.

Le second écueil, qui semble de plus en plus évité, est ce qu'on pourrait appeler "l'universalisme abstrait". Le sida est assurément un problème planétaire ; assurément aussi les réponses à ce problème sont du côté de la recherche scientifique, principalement biomédicale, et du côté de politiques publiques cohérentes capables de faire de la prévention efficace et de prendre en charge, sans les stigmatiser, les personnes atteintes, et cela en veillant à ce qu'un certain nombre de principes éthiques soient appliqués, notamment celui du "consentement éclairé". Mais une fois ces points réaffirmés, en particulier le dernier qui n'est pas des moindres, il faut tout de suite ajouter que le traitement du dit problème se

présente de manière très diverse, comme en témoignent par exemple les différences de politiques entre les États du Nord (y compris les États démocratiques), certains pratiquant le contrôle aux frontières des personnes atteintes, d'autres organisant, non sans provoquer des protestations, le quasi-enfermement de séropositifs. Il ne s'agit pas ici de souscrire à l'idée qu'en fin de compte le problème du sida ne peut déboucher que sur des positions relativistes, c'est-à-dire sur le constat qu'il ne peut que recevoir des traitements et des réglementations variables suivant les pays ou les "mentalités nationales". Mais il faut admettre que, tout en étant à l'évidence propice à une approche universaliste, celle-ci est constamment mise à l'épreuve des situations concrètes et des contextes locaux.

L'Afrique illustre, me semble-t-il, à souhait cette dernière remarque, en l'occurrence la nécessité d'un cadrage du problème du sida en terme d'universalisme concret.

En effet, plus que partout ailleurs, l'infection à VIH se présente en Afrique comme une épidémie, souvent comme une pandémie, dont le mode principal de transmission –le mode hétérosexuel– ainsi que la très grande variabilité des souches génétiques du "virus" fixent et expliquent son ampleur et la constituent exemplairement comme un fléau gravissime. Sous ce strict rapport épidémiologique et biologique, on pourrait dire que l'Afrique, en incarnant pleinement le sida comme un tel fléau (et cela d'autant qu'elle est réputée, à tort ou à raison, en être le berceau), devrait être le lieu d'investigation maximale de la recherche scientifique, particulièrement biomédicale. Mais si nous sommes bien ici sur le terrain de l'universel, il faut tout de suite nuancer le propos en listant tous les éléments qui, simultanément, déplacent ce terrain sur celui du particulier ou de la spécificité.

Tout d'abord, il y a tous ces aspects évoqués plus haut qui font peu ou prou du sida en Afrique (mais que l'on peut retrouver, au moins partiellement, ailleurs) le produit de changements sociaux dans ces contextes fréquents de crise socio-économique et politique ou, qui, d'une manière plus ramassée, en font une "maladie du développement" ou encore une "maladie de pauvreté". Ensuite, il y a ce fait massif, étroitement lié au point précédent, que l'Afrique, comme disent les démographes, n'a pas vraiment réalisé sa "transition épidémiologique" (et partant sa "transition démographique"). Ce qui veut dire que les taux de mortalité et de morbidité y sont encore élevés, que de nombreuses endémies ou épidémies y sévissent toujours (paludisme, trypanosomiase, choléra, etc.), et, par conséquent, que dans un tel contexte sanitaire, le sida occupe une position relative («on meurt de beaucoup d'autres choses que du sida en Afrique») tout en l'aggravant singulièrement. Mais ce qui veut dire aussi que les États africains, dans leur ensemble, n'ont guère de politique sanitaire, notamment dans le domaine de la prévention ; le phénomène est d'autant plus criant que leurs systèmes de santé et de soins souffrent eux-mêmes de multiples carences et iatrogénies et sont donc loin, en l'état actuel des choses, de pouvoir assumer la dite transition et de prendre tout spécialement en charge les malades du sida.

Si l'on ajoute, enfin, que les médicaments, qui, dans les pays du Nord, permettent aux personnes atteintes par le VIH de développer plus tardivement des maladies opportunistes ou de les surmonter, ne sont généralement pas accessibles, parce que trop chers (ce qui pose le problème des monopoles pharmaceutiques et de la politique des médicaments génériques), il est au total manifeste que le problème du sida en Afrique y est particulier et qu'on est même tenté d'y parler d'un "autre sida".

Tout ceci définit assez bien le contexte dans lequel plusieurs intervenants ont posé le problème de l'annonce de la séropositivité et de la prise en charge des sidéens en Afrique. Celles-ci, en effet, sont rendues particulièrement difficiles (au point que les médecins évitent souvent de faire "l'annonce") parce que le sida, de fait, ne parvient pas à se dissocier d'un pronostic de mort (ce qui commence à être moins vrai dans les pays développés puisqu'avec l'amélioration des thérapeutiques et des prises en charge, la vie peut prendre le pas sur la mort annoncée), parce qu'également les médecins africains travaillent souvent dans de très mauvaises conditions et qu'ils sont confrontés à des dilemmes que connaissent beaucoup moins leurs confrères du Nord.

L'universalisme abstrait consisterait à se scandaliser purement et simplement de certaines pratiques médicales en Afrique, comme, par exemple, la "non-annonce". Il n'est de fait

guère utile, car impropre à intégrer les contextes dans lesquels est censée se faire la prise en charge du sida. En revanche, l'universalisme concret consiste en premier lieu à faire en sorte qu'un certain nombre de principes et pratiques puissent être appliqués ou se développer, notamment dans le domaine de l'éthique, comme le "consentement éclairé" (qui doivent aussi valoir pour les essais thérapeutiques), ou encore en favorisant le développement d'associations de séropositifs ; mais il consiste, en second lieu, à considérer que ces principes et pratiques ne pourront être véritablement appliqués que si, à partir des problèmes posés par le sida, d'autres problèmes sont explicités et affrontés, lesquels, certainement, requerront des politiques internationales spécifiques à l'égard de l'Afrique, notamment en matière de politique de médicaments, ainsi qu'une refonte de la politique sanitaire des États africains.

La Coopérative Annibal

Achévé d'imprimer Mai 1997

Dépôt légal Mai 1997