

## LA GESTION DU SIDA EST-ELLE UN RISQUE POUR L'ÉTAT ? \*

Éric GAUVRIT

Il peut sembler paradoxal de poser la question de savoir si la gestion du sida est un risque ou non pour l'État, lorsque l'on connaît les répercussions politiques et même judiciaires de l'affaire du sang contaminé en France. Pour autant, cela nous permet de nous demander si un schéma d'analyse classique des politiques publiques sectorielles qui prendrait en compte la notion de risque, pourrait apparaître plus pertinent dans le cas de la lutte contre le sida. Il s'agit donc, dans cette note de travail, de transposer cette question et cet angle d'analyse dans une étude de cas, un contexte étatique et social particulier, à savoir la lutte contre le sida au Congo-Brazzaville entre 1983 et 1997.

Tout d'abord, pour dresser l'historique de cette lutte, il convient de distinguer plusieurs dates. L'épidémie de sida est apparue vraisemblablement au Congo à la fin des années 70 – début des années 80. En 1985, les premiers cas de sida sont identifiés au service de gastro-entérologie du professeur Itoua Ngaporo à l'hôpital général de Brazzaville en liaison avec le service de médecine tropicale du professeur Gentilini à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. L'épidémie de sida est officiellement reconnue par le gouvernement congolais en décembre 1985 par la création d'un Comité National de Diagnostic et de Lutte contre le Sida. En août 1987 est créé le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), sous l'impulsion de l'OMS, et c'est à cette date que débutent les campagnes massives d'information et de prévention contre le sida.

Ainsi, le Congo apparaît comme un des premiers pays africains à mettre en œuvre une politique publique de lutte contre le sida, à un moment où nombre de pays de ce continent refusent de reconnaître l'existence du virus sur leur sol et de déclarer leur cas de sida à l'OMS. Cette attitude de refus et les raisons qui poussèrent certains États africains à agir de la sorte furent analysées par Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin dans leurs articles " Les États africains à l'épreuve du sida " dans *Politique Africaine* de décembre 1988, et " Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique " dans *Sciences Sociales et santé* de février 1989. Les raisons étatiques étaient de deux ordres. Sur un plan de politique intérieure, en ne diffusant pas l'information, il s'agissait d'éviter des réactions de panique, de ne pas favoriser des divisions au sein d'une unité nationale encore précaire, et de ne pas être contraint de révéler la faiblesse de son système de soins à travers son impuissance budgétaire à gérer l'épidémie. Sur le plan international, le silence pouvait traduire une méfiance de l'Afrique vis-à-vis d'une communauté internationale prompte à porter l'anathème sur un continent accusé d'être le berceau du sida, et se voyant ainsi ostracisé. Par exemple, le refus du Kenya de reconnaître la présence du sida fut attribué au risque de voir fragilisée la pérennité de la manne

\* Communication présentée à l'Atelier ORSTOM " Maîtriser les risques, gérer les pratiques " (Marseille. Shadye. 21-22 octobre 1998).



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33342 Ex :

touristique. Encore aujourd'hui, l'étude du principal hebdomadaire kenyan révèle que très peu d'articles sont consacrés au sida (trois pour les huit premiers mois de 1997) et que ces derniers concernent exclusivement la situation de l'épidémie dans des pays voisins. Pour le Congo, la révélation précoce de ses cas de sida avait fait qu'en 1988 le Congo était le premier pays africain pour le nombre de cas de sida rapporté au total de sa population. Devant ce qu'il estimait être une menace, un risque d'opprobre, le gouvernement fit en sorte de tempérer, par la suite, la notification des nouveaux cas, permettant à d'autres pays de l'Afrique centrale puis australe de le dépasser au niveau de cette macabre hiérarchie. Aussi, pour reprendre une citation de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, « le sida apparaît donc comme un enjeu autour duquel l'État se découvre et se révèle ».

Pour autant, constituait-il un risque majeur pour un État comme le Congo qui avait su surmonter ses réticences initiales ? Ou bien était-il une épreuve supplémentaire particulièrement révélatrice des faiblesses étatiques de par l'acuité médiatique inhérente à l'épidémie de sida ? Pour cela, nous avons pris comme postulat théorique les travaux de Pierre Muller et Bruno Jobert sur les politiques publiques. Selon eux, « une politique publique est un processus de médiation sociale, dans la mesure où l'objet de chaque politique publique est de prendre en charge les désajustements qui peuvent intervenir entre un secteur et d'autres secteurs ou encore entre un secteur et la société globale ». Dans ce cadre d'analyse, le référentiel d'une politique publique désigne « l'ensemble des normes ou images de référence en fonction desquelles sont définis les critères d'intervention de l'État ainsi que les objectifs de la politique publique considérée ». Par exemple, les propositions qu'une société donnée pourra faire en matière de politique de la santé dépendront de la représentation qu'elle se fait du statut de la maladie et du statut des personnels chargés de mettre en œuvre les systèmes de soins.

En ce qui concerne le statut de la maladie, l'épidémie du sida a fait l'objet de l'amorce d'une politique publique dans les années 1985-1988 alors que le problème social et sanitaire qu'il constituait n'avait pas fait l'objet d'une demande d'inscription sur l'agenda politique de la part de la population. En effet, cette dernière refusait d'admettre la présence du virus dans le pays. Le sigle " sida " était l'objet de réappropriations tendant à en nier l'existence et/ou la gravité. Ainsi, il devint le " Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux ", et lorsque les prostituées commencèrent à être atteintes, il se transforma en " Sidonie ", montrant par là que le sida était presque exclusivement une maladie réservée à certaines femmes. Le Congo était donc dans la situation paradoxale où les médiateurs des politiques publiques, c'est-à-dire les agents qui réalisent la construction du référentiel d'une politique publique, à savoir ici les responsables de la santé publique, se trouvaient confrontés à une absence de demande d'intervention de la sphère publique, du fait de la négation ou du rejet par la population de l'existence et de la gravité de l'épidémie. Pour autant, la politique publique fut mise en place, notamment grâce à l'impulsion financière déterminante de l'OMS.

En ce qui concerne le statut de la santé publique et de ses responsables, la santé publique a pu et peut constituer un enjeu politique, comme le montre l'accent mis sur la gratuité des soins jusque dans les années 80 et la réalisation de la carte des équipements sanitaires comme constitutive de la légitimation du personnel politique local. La réalisation de l'Opération Coup de Poing Santé, en 1980, qui avait pour but d'améliorer les équipements sanitaires du pays, relevait de la même quête de légitimité politique, cette fois-ci après l'accession au pouvoir de

Denis Sassou Nguesso en 1979. Pour autant, il convient de relativiser le caractère primordial de l'enjeu politique, et donc le risque subséquent, que pourrait représenter la santé publique et la lutte contre le sida pour le personnel politique congolais. En effet, l'émergence de la lutte contre le sida s'est déroulée dans un contexte politique caractérisé par le monopartisme et donc l'absence de compétition électorale pluraliste. La venue du pluralisme politique, à partir de 1992, s'est déroulée sans que les partis nouvellement créés se dotent de programmes d'action étatiques et se risquent à des promesses autres que de portée déclamatoire et générale.

Le risque peut aussi se situer au niveau de l'État congolais quant à sa légitimité de décision, d'action et de contrôle dans le secteur sanitaire. Pour ce qui est de sa légitimité de décision, la politique de lutte contre le sida est particulièrement révélatrice de la non-responsabilité dont peut arguer un État face à ce défi sanitaire. En effet, dès le début de l'épidémie, l'OMS a élaboré un corpus complet de normes et d'actions à entreprendre. Par exemple, des Guides pour les Programmes nationaux de lutte contre le sida : " relever le défi de la pandémie du sida en Afrique " furent élaborés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et scrupuleusement institués dans les pays africains, conférant une homogénéité de la lutte, par delà les particularités sociales, économiques et culturelles rencontrées. Pour ce qui est de la légitimité d'action de l'État congolais, là encore, l'engagement financier important de l'OMS dans la lutte a peut-être conduit les pouvoirs publics de ce pays à " se défaire " sur l'OMS puis sur les autres bailleurs de fonds pour le financement de cette politique publique, perdant ainsi toute autonomie d'action spécifique. Les actions entreprises furent alors dans une large mesure celles qui furent financées par les bailleurs de fonds. Ainsi, en 1996, le ministre de la Santé du Congo estimait que le montant financier à fournir pour les années 1996-1998 s'élevait à près de 1,5 milliards de F.CFA. Dans le même temps, le gouvernement ne pouvait inscrire, pour sa part, au budget 1996 qu'un montant de 100 millions de F.CFA, en diminution sensible par rapport aux exercices budgétaires des années précédentes. Enfin, sur le plan du contrôle de la politique publique entreprise, il apparaît difficile d'évaluer à court et moyen terme une politique liée au sida, surtout si l'on se place du point de vue de la prévention des contaminations par voie sexuelle, qui représenteraient 80 à 90% des cas de contamination au Congo. Quels critères d'évaluation dans ce cas ? Si l'on se base sur le nombre de préservatifs vendus, l'apport anthropologique de la notion de risque dans les comportements sexuels montre que ce critère quantitatif doit être tempéré par une analyse qualitative en terme de réseau et de perception du risque induit.

En conclusion, relativement absent ou impuissant dans la conception, le financement et le contrôle de la politique publique de lutte contre le sida, l'État congolais peut apparaître comme préservé d'un risque de contestation politique radicale eu égard à son action entreprise ou pas dans ce domaine. Il reste malgré tout tributaire du changement possible du référentiel de la politique de lutte contre le sida, notamment à travers peut-être les demandes accrues de la population de prise en charge médicale, sinon financière, des malades du sida. Pour autant, il semble, pour l'heure, que le pouvoir étatique base plutôt sa stratégie de pérennisation sur d'autres éléments que son action publique dans le domaine de la santé. La confiscation à son usage exclusif de la violence politique ou bien le versement régulier des salaires des fonctionnaires constituent encore des impératifs plus décisifs dans l'affirmation du pouvoir de l'État et de ses dirigeants.

IRD (Institut de Recherche pour le Développement)  
Programme « Sida en milieu tropical »  
213 rue La Fayette  
75480 PARIS cedex 10

**ORGANISER LA LUTTE CONTRE LE SIDA.**

**Une étude comparative sur les rapports  
État / société civile en Afrique**  
**(Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal)**

**sous la direction de**  
Marc-Éric GRUÉNAIS

**avec la participation de**

Auguste Didier Blibolo  
Katy Cissé-Wone  
Karine Delaunay  
Jean Pierre Dozon  
Fred Éboko  
Éric Gauvrit  
Jocelyne Quinio  
Carolyne Wanja Njue

Recherche financée par  
**L'AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA**  
Décision n° 97019  
Appel d'offres 1997

Paris, mars 1999