

RISQUE-SIDA, SEXUALITÉ ET POUVOIRS.

LA PUISSANCE DE L'ÉTAT EN QUESTION AU CAMEROUN *

Fred ÉBOKO

Fonds Documentaire IRD
Cote : A* 33342 Ex :

Introduction

Métronome malicieux et implacable, le sida s'est introduit depuis 1985 au Cameroun dans chacune des brèches que les recompositions du corps social laissent vacantes : caducité du système éducatif, effondrement de la socialisation familiale, réduction drastique des ressources de l'État-employeur avec l'anomie relative qui s'est emparée de la société camerounaise. Par des figures de style redondantes et ineptes, l'État fait mine de remplir une de ses obligations essentielles qui serait d'assurer la protection de ses citoyens par la mise en oeuvre d'une politique de prévention. Il s'y emploie en faisant, à son insu, apparaître tous les mécanismes qui l'érigent en une organisation marquée par un syndrome d'immunodéficience politique acquise. Si la logique des discours officiels sur la sexualité est caduque, elle détermine malheureusement les axes de l'action préventive face au VIH/sida. La reproduction qui sert d'armature à cette logique n'est qu'une petite partie des pratiques sans cesse renouvelées qui marquent l'avènement des sexualités et, parmi elles, de la sexualité à risque que les élites font mine d'attribuer à des dynamiques marginales dont les " aînés " (les autorités) seraient exempts. De fait, par ses contradictions entre discours et pratiques, par ses impuissances, l'État a accompagné des risques plus qu'il ne les a combattus. Les résultats en matière de politique de prévention marquent l'échec de ses discours, ses pratiques, ses méthodes et ses moyens.

Du premier cas de sida diagnostiqué en 1985 aux 10 000 cas de contamination estimés à ce jour, on peut dire que la gestion de la pandémie du sida est à l'exacte mesure des mécanismes de navigation à vue qui tiennent lieu de politique publique de lutte contre le sida au Cameroun. La courbe exponentielle qui représente l'évolution des cas de contamination dans le pays peut se passer de commentaires en matière d'impact de la prévention. C'est une figure dont le point de départ (1985-87) relève d'un véritable " délai de grâce " des dynamiques épidémiologiques ayant conduit les spécialistes dans les années 80 à considérer le Cameroun comme un " miraculé ". En dix ans, le taux de séroprévalence relatif au VIH/sida dans la population générale s'est décuplé : 0,5% en 1985, 5,5% depuis 1995, selon les chiffres officiels du ministère de la Santé publique publiés en mai 1997. L'expansion de la pandémie du sida au Cameroun semble corrélative à la crise des réseaux de régulation socio-économique et étatique qui avaient cours au Cameroun jusqu'à l'intervention des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) et de la paupérisation des populations qui s'en est suivie.

* Texte à paraître dans G. Courade (ed.), *Le Cameroun face à ses risques*, Paris. Karthala.



D'un État sans puissance à une société privée de sens : l'épreuve du sida

Une question politique, des réponses administratives et populistes

Le sida, le syndrome d'un espace socio-politique en crise

Dès 1985, l'État camerounais se positionnait vis-à-vis de la question du sida. Ainsi naquit sous la conduite du Pr. Lazare Kaptué le premier Comité national de lutte contre le sida au Cameroun, alors que le pourcentage des personnes infectées par le VIH/sida à cette date était quasi nul. Comment des préoccupations aussi précoces ont-elles pu aboutir au résultat inverse : une progression exponentielle de la pandémie dont la séroprévalence est estimée aujourd'hui à environ 6% ? C'est à travers l'inféodation du Programme national de lutte contre le sida (PNLS), dès 1987, aux financements de bailleurs de fonds étrangers, le contenu ambigu de la communication sociale relative à la prévention, la faiblesse manifeste de la volonté politique en face des questions liées au sida – notamment la sexualité – et le refuge dans des réponses scientifico-techniques que l'État camerounais montre ses limites dans sa gestion des risques relatifs au VIH/sida. Parallèlement à l'avènement de la maladie, le Cameroun a vécu, entre 1985 et 1995, la récession économique la plus aiguë de son histoire contemporaine. La paupérisation des populations, notamment urbaines, a connu une progression exceptionnelle. Selon un rapport de la Banque mondiale publié en décembre 1995, le pourcentage des familles vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé de 1 à 20% à Yaoundé et de 1 à 30% à Douala¹. Sur ces difficultés économiques s'est greffée une libéralisation chaotique de la vie politique (*cf.* Sindjoun, 1996) qui a contribué au délitement progressif du lien social au Cameroun.

Ces éléments d'informations doivent être replacés dans le contexte d'un changement social global qui a affecté la société camerounaise de manière radicale, pour comprendre le lien qui unit la progression de la pandémie du sida et la crise multiforme du Cameroun. Avant la mise sous tutelle de l'économie camerounaise par les institutions de Bretton Woods au début des années quatre-vingt-dix, l'État sert de régulateur social et politique par sa capacité à distribuer des revenus, à contrôler le jeu politique et à promouvoir un certain nombre de valeurs idéologiques qui en font un véritable moteur des aspirations de mobilité sociale et des représentations sociales qui confortent l'illusion de sa toute puissance. Dans ce jeu socio-politique et culturel, les instances de socialisation que sont l'école et la famille sont conçues comme des continuums du parti-État dont l'écho peut se résumer par cette formule péremptoire qu'ont entendus tous les scolaires camerounais : " on vous demande une seule chose : réussissez à l'école ". Le sous-entendu (" nous faisons le reste ") est bruisant de toutes les attentes engendrées par ce qui s'est appelé dans la littérature politiste " l'État-démiurge ". La régulation et l'intégration sociales, la promotion individuelle, l'émancipation des femmes et des jeunes (" les cadets sociaux ") et la régulation de la sexualité sont dictées et édictées par cette domination dogmatique.

La trentaine d'années au cours desquelles règne cette érection étatiste concourt à construire une légitimité aux voies tracées par des discours performatifs sur l'État-nation et les moyens artificiels ou réels d'en faire partie. Ce mythe construit petit à petit un fait social, avec le

¹ MFI *Economie-Développement*, 960, 12 juin 1994.

pouvoir de coercition qui l'impose aux camerounais. Les programmes d'ajustement structurel et la décompression des effectifs de la fonction publique vont faire voler en éclats les velléités démiurges de l'État. En ligne de mire de cette dégradation générale, le système éducatif et le système sanitaire se liquéfient et les plus démunis en sont, bien entendu, les premiers pénalisés. Les revendications sociales et " démocratiques " du début des années 90 vont continuer à dénuder et à fragiliser la " puissance " de l'État. Cet effondrement le prive de sa légitimité et ôte par la même occasion le pouvoir de démiurge qu'il s'était octroyé. De fait, la société camerounaise devient une " société des risques " : risques déterminés par les volontés individuelles et collectives de survivre. L'État privé de sens et drapé d'impuissance va devoir répondre à l'intrusion de la question du sida dans une société où les principaux repères se sont étioyés au profit d'une anomie polymorphe. C'est dans cette situation que la progression du sida intervient en tant que problème de santé publique et question politique. De fait, le sida pose le problème du statut de l'individu au Cameroun, *via* les questions liées à la sexualité et à la reproduction sociale.

C'est à l'instigation de l'OMS que le pays met sur pied le PNLS. Comme nous le montrerons plus loin, cela va être un déterminant à toutes les initiatives qui sont sensées éclairer la question du sida au Cameroun. L'administration se soumet " officiellement " aux directives de Genève en matière d'enquêtes sur " les comportements sexuels " et les transfusions sanguines. Dans chacune des dix provinces du pays les délégations provinciales sont chargées de relayer les injonctions de Yaoundé. S'en suivent des réunions de sensibilisation et de formation des personnels de santé sur la prévention d'abord, puis vers 1993, sur la prise en charge des malades. Une décennie plus tard, si l'on peut créditer l'ensemble des acteurs sanitaires et en particulier des techniciens, d'avoir réduit les cas de contamination par voie sanguine, en revanche, il est évident que la prévention des risques de contamination par voie sexuelle est un échec. Toutes les actions semblent s'être réduites à des circulaires englouties sous un discours social populiste des médecins. L'illustration la plus patente du déficit de coordination et de communication entre les acteurs du ministère de la santé publique et les autres médecins, a fortiori les populations, réside dans un fait simple. A la fin de l'année 1997, la majorité des médecins camerounais de Yaoundé en charge de patients atteints du VIH/sida est convaincue que le responsable de la politique publique de lutte contre le sida relève du Pr. Kaptué. Dans une réunion consacrée à la prise en charge des patients victimes du VIH, toutes les questions concernant les responsabilités et les actions publiques lui étaient adressées. Scènes révélatrices et d'autant plus surprenantes qu'à ce moment là, M. Lazare Kaptué a quitté ses fonctions au ministère depuis quatre ans. Entre le moment où il quitte le Programme national de lutte contre le sida et cette réunion où il est soumis aux sollicitations parfois vindicatives de ses collègues, ce service a vu passé cinq médecins à sa tête. On peut imaginer facilement que leurs collègues de provinces ne sont pas plus informés sur les protocoles à suivre, comme en atteste le nombre grandissant de malades qu'ils " transmettent " à Yaoundé pour des maladies dites opportunistes qu'ils n'ont pas moins de compétences à traiter. Le chemin vers la sensibilisation du public est en toute logique parsemée de silences, de fuites en avant et de contresens.

Discours scientifiques et discours d'exclusion : la confusion des sentiments

De tous les interlocuteurs locaux sollicités officiellement pour s'exprimer sur le sida au Cameroun, le corps biomédical exerce une domination discursive et médiatique. Son

appréhension socioculturelle de la maladie est conforme à un ethos bien ancré dans les représentations populaires et restrictives de la maladie au Cameroun : " relâchement des mœurs ", " vagabondage sexuel ", " aversion pour les préservatifs ", " commerce sexuel ", et tout un ensemble de propos comportementalistes qui laisseraient à penser, à tort évidemment, que le risque n'existe plus dans des relations plus classiques, plus " morales ". Outre les explications scientifiques proférées par voie médiatique et portant sur les caractéristiques biologiques et cliniques de l'infection au VIH, les explications biomédicales se sont cristallisées sur les aspects comportementaux, mettant en œuvre des visions fantasmatiques des dynamiques sociales de la " sexualité camerounaise ", aussi exiguës les unes que les autres. Parmi les " causes " de la progression de la maladie, on a pu lire : « cela s'explique par certains atavismes : l'Africain noir est sexuellement désordonné », comme l'affirme sans sourciller un médecin, de surcroît délégué provincial de la Santé dans une province camerounaise¹. Cet exemple de dérive paresseuse et de démission politique face à la difficulté de parler librement et sans tabou de sexualité, de démystifier le sida, a eu des effets pervers en matière du choix des " populations cibles " et autres " groupes à risque ".

De fait, les personnes infectées par le VIH ont très peu de chances de ne pas être culpabilisées pour cause de " mœurs légères " et plutôt que de se sentir protégées par l'État, elles risquent constamment, à l'inverse, d'être considérées comme un péril, si l'on s'en tient à la conception du risque et de la protection que soutiennent les autorités scientifiques locales. Le Pr. Lazare Kaptué hématologue du Centre hospitalier universitaire et précurseur de la lutte contre le sida au Cameroun écrit : « nous devons respecter la liberté des gens, leur vie privée, la confidentialité ; mais la société a le devoir de mettre hors d'état de nuire les sujets qui pourraient porter préjudice à d'autres personnes » (Kaptué, 1994 : 23). La tentation de passer du moralisme, sans doute de bonne foi, à un discours normatif peut laisser présager une tentation répressive, dont l'idée est en soi contre-productive. Devant une critique confuse qui ne se libère pas des rumeurs de couloirs et des bruits de trottoirs, ces discours ne rencontrent pas les nuances qui auraient permis à tout l'univers de la lutte contre le sida d'accepter qu'il soit impossible de " protéger la société " du sida sans soutenir, aider et encadrer les personnes atteintes, condition sine qua non pour qu'elles aient recours aux canaux de régulation (soins médicaux, conseil et soutien psychosociaux) qui permettent de diminuer les risques de surinfection qu'ils encourent et les risques d'infection de leurs partenaires. Or, les récriminations étouffées de la seule association des séropositifs au Cameroun en disent long sur la mise à l'écart qu'ils subissent dans toutes les procédures de décision dont ils sont souvent les premiers concernés.

Les risques sociaux d'une catégorisation excessive

Les prostituées, les jeunes (scolaires et étudiants), les transporteurs, les militaires, ont vite été mis au banc des accusés, ce qui dédouanait – " mauvaises mœurs " obligent – l'homme adulte, et par ricochet les pouvoirs sanitaires et politiques de la responsabilité qui aurait permis d'ériger le sida en " problème de tous les camerounais ". Si certaines de ces catégories sociales mises à l'index ont " mérité " l'attention qui leur a été portée (par exemple le taux de séroprévalence chez les militaires est estimé à 18%), on a vite perdu de vue que se sont aussi

¹ *Le Messager*, n° 633 du 2 juillet 1997, p.12.

leurs contacts avec tout ou partie de la population générale qui déterminent les réseaux de transmission du VIH. Depuis le début des années 90, les prostituées ont été choisies et investies de la " responsabilité " d'être le maillon principal de la propagation par voie sexuelle du VIH/sida. Parce qu'elles ont été très fortement touchées – en 1992 25% de celles de Yaoundé et 40% de leurs homologues de Douala sont séropositives (cf. Tchoupo et *al.*, 1992) – et aussi parce qu'elles sont des cibles commodes de stigmatisation, les prostituées ont été au coeur des campagnes de sensibilisation. Les résultats ne se sont pas fait attendre : les pièces de théâtre mises en scène par " l'association des filles libres " et la formation par des " pairs éducateurs " se sont ajoutées à la confrontation directe ou indirecte à la maladie, pour faire des prostituées, à ce jour, le " groupe " de femmes qui semblent imposer le plus systématiquement à leurs partenaires le recours au préservatif, jusqu'à la limite de leur vulnérabilité matérielle. « Les hommes sont des sacs à maladie, Blancs ou Noirs c'est pareil, celui qui ne veut pas mettre le condom, il laisse ! Je tiens trop à ma santé » (Charlotte, 25 ans, prostituée occasionnelle, Yaoundé). Dans le même temps, une représentation sociale s'est figée autour du thème dit du " vagabondage sexuel ", de telle sorte que l'on débouche « sur l'effet pervers d'un relâchement des groupes sociaux qui ne se reconnaissent pas dans le recours à la prostitution et qui sont, bien entendu, concernés par le risque de contracter le sida » (Éboko, 1996 : 140).

Le sida, un risque dans une " société des risques "

L'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le sida qui devrait, débats aidant, être amené à réaliser que « l'attitude devant le risque est fondamentalement individuelle et une " société du risque " reste une " société d'individus ", dans la mesure où la prévoyance suppose à la fois des intérêts et des raisonnements individuels » (Worms, 1996 : 290). Dans le cadre du sida, ces intérêts individuels sont fondamentaux ; dans le cas des séropositifs camerounais ils mettent en jeu le couple intégration/exclusion, et tournent autour de la question fondamentale de la mort sociale en cas d'annonce de la maladie à des entourages familiaux et professionnels qu'aucune politique réelle – c'est-à-dire active et continue – n'a sensibilisé au fait de " vivre avec le VIH ". L'appréhension des risques sociaux qui en découlent est d'autant plus complexe que ce sont les relations sexuelles qui sont en jeu, en ce qu'elles définissent pour l'individu sa capacité d'affirmation sociale, avec son cortège de difficultés et d'errances psychosociales. À travers elles, se révèlent des négociations économiques entre catégories sociales, des questions culturelles entre genres, des transactions de pouvoir entre genres et générations (hommes-femmes et aînés-cadets), le tout formant ce que nous pouvons nommer la quadrature du risque-sida au Cameroun.

Le politique ici échoue dans une mission essentielle qui consiste à maintenir le lien social, ce qui contribuerait à l'efficacité d'un programme visant à des modifications d'attitudes et de comportements. En effet, « la reconnaissance des " risques " qui a d'emblée [...] une épaisseur sociale et rationnelle ne saurait suffire, et requiert d'elle-même un passage au niveau politique, conçu à la fois à partir de sa fonction de " protection " et sa norme de " justice " » (Worms, 1996 : 289). Protection de la société et sentiment de justice pour l'individu sont les deux versants consubstantiels de l'équilibre d'une politique de santé publique dont l'échec est patent. Elle intervient, dans le cas du Cameroun, dans un univers où l'injustice liée aux exclusions sociales s'agrège à l'incurie de la réflexion politique sur le couple sida/sexualité. Ces deux thèmes se répartissent publiquement dans le champ obsolète des attitudes

conservatrices du pouvoir administratif en charge du sida. Il préfère les discours un peu mythiques et machistes d'une sexualité à vocation matrimoniale et reproductrice alors que la réalité présente une constellation de projets de vie. À travers ces derniers, on constate que le "sexuel" est resocialisé par les mutations sociales et la crise économique. De ce fait, l'activité sexuelle supporte de manière variable les prises de risques différentiels.

Une politique de prévention a pour vocation de produire un discours et de mener une action équilibrée entre protections publique et privée. Mais cet équilibre ne peut se faire sans le recours à la société dite "civile" dont les "organes secondaires", comme disait Durkheim, relie la société à l'État. Dans le cas du Cameroun, les partis politiques, les associations, les syndicats ou encore les églises sont d'un silence qui révélateur de la faible appréhension qu'ils ont tous, voire des doutes intimes qu'ils portent, sur le thème du sida en tant que cause ou priorité nationale. Par exemple, aucun compte n'est demandé par aucune catégorie sociale locale au PNLS, comme c'est le cas ailleurs, notamment en France, aux USA ou, plus proche du Cameroun, dans certains pays africains anglophones. Les (bonnes) volontés indéniables de certains médecins du PNLS s'étiolent face à une baisse effective des moyens alloués au Programme et la vacuité au sommet de ce service entre mai 1997 et mars 1998. Au Cameroun, l'intégration et la revendication sociales ne semblent efficaces que sur le terrain politique ; à tel point que le champ des associations, par exemple, ne manifeste pas de réelle capacité de proposition ni sociale ni politique (au sens d'agir pour la Cité) si celles-ci ne sont pas portées par l'investive politicienne ou la stratégie de survie économique, dans un contexte de baisse générale du niveau de vie. Les responsables camerounais peuvent ainsi travailler, "tranquillement", suivant les figures minimalistes imposées par les bailleurs de fonds, sans que la finalité des études et des recherches (tenter d'endiguer la pandémie) soit leur principal objectif. Au niveau des représentants de la société dite "civile", l'appréhension du risque-sida se dilue dans la pluralité des risques sociaux et politiques liés aux difficultés du quotidien.

Disease, sickness et illness

La distinction lexicale anglo-saxonne de l'acception polysémique de "maladie", peut offrir un meilleur éclairage sur le péril discursif de la question du sida, noyée par d'autres considérations, au Cameroun. De la légitimité de dire et décrire les aspects biomédicaux et cliniques de la maladie (*disease*), les autorités sanitaires et administratives sont passées aux explications relatives aux pratiques et représentations sociales de la maladie (*sickness*), largement empruntées aux registres populaires. Les deux acceptions précédentes ne sont pas sans effet sur la gestion psychosociale qui incombe au porteur du VIH, lequel se retrouve, entre "blâme et culpabilité" (Finerman et al., 1995), à subir la solitude de son *illness* (la maladie vécue par le malade [cf. Fabrega, 1974]).

Cette critique à l'encontre de la primauté de l'acception scientifique et médicale sur les autres est un classique des travaux en *medical anthropology* des anglo-saxons et de l'anthropologie de la santé en France. En revanche, du fait des dynamiques multisectorielles dans le champ du sida sous ces cieux, cette critique s'est fortement nuancée. Dans le cas du sida au Cameroun, tout se passe comme si ce débat n'avait pas existé. De fait, il n'y aurait rien à changer du regard critique de F. Laplantine (1986 : 17) à propos du traitement du *disease* en France : « [...] lorsqu'on parle d'étiologie dans notre société, on considère presque toujours

exclusivement la seule étiologie scientifique de la médecine contemporaine et pratiquement jamais l'étiologie subjective – mais simultanément sociale – qui est celle des malades eux-mêmes [...] comme si nous éprouvions de la difficulté à admettre que l'interprétation de la maladie est un phénomène social qui n'est pas seulement le fait du spécialiste mais absolument de tout le monde ».

Un virus sorcier, pour une quête de sens du "sickness"

La société dite " civile ", malgré la présence d'associations de lutte contre le sida et d'une association des séropositifs (l'AFSU), reste à sensibiliser davantage. Elle ne déroge pas à l'assentiment silencieux des représentations d'une maladie " honteuse ", d'un mal qui sanctionnerait des fautes " terrestres " ou surnaturelles. Sous certaines dénégations de la maladie, il faudrait sans doute voir aussi la reconnaissance de sa présence et, dans une certaine mesure, des ébauches d'élaboration de représentations qui donnent du sens à cette maladie " insensée ". Insensée, parce qu'elle fait intervenir l'image de la mort par les voies du plaisir, de l'amour, de l'affirmation de soi, donc de la vie. Une maladie dont " on " dit qu'elle est fatale et qui se transmet par des symboles essentiels de la vie et de la vitalité : le sang, le sperme, les sécrétions vaginales. Les interprétations sorcellaires que les analyses plus ou moins " savantes " rangent sous le registre de la dénégation pure et simple de la maladie, sont de celles qui montrent de manière chaotique, la détresse devant un " mal " qui a ramené les scientifiques et médecins à une humilité qui tranche avec le statut que leur confère " le commun des mortels " camerounais. À partir de ces éléments épars, le sida par l'intermédiaire de son " virus sorcier ", chausse petit à petit les sandales composites des maux déjà connus, tout en les concentrant en un seul. De même que la question qui étonne à juste titre les spécialistes " est-ce que 'ça' existe vraiment ? " énonce un doute qui n'est pas tout à fait du déni, même implicite. Elle suggère une posture logique, en face d'un discours qui ne l'a pas toujours été. Si le slogan le mieux retenu par le public est " le sida tue ! ", il faudrait s'imaginer que la brutalité d'une telle affirmation (semblable à la foudre) contraste avec l'évolution de la maladie, dont on veut par ailleurs expliquer aujourd'hui, sans transition, que l'on puisse " vivre avec ". On ne vit pas avec la foudre. Les préalables qui auraient dû démystifier la maladie, promouvoir les débats et les discussions donnant la parole à tout le monde, n'ont pas été affirmés. D'où aussi la difficulté d'appeler à des attitudes cohérentes face à des discours " scientifiques " assez incohérents du triple point de vue anthropologique, sociologique et politique. En d'autres termes il s'agit pour l'État de se connecter à des réalités qui sont aussi faites de bonne volonté, d'initiative et de créativité comme peuvent en témoigner les dizaines d'associations de lutte contre le sida au Cameroun.

De bouche à oreille, d'expériences en confrontation la société camerounaise dualiste construit ses représentations contradictoires de la maladie et de la prévention, sur le mode parfois dramatique d'une légitimation de ses propres exclusions. « Partant d'un champ d'interrogations particulier [...], on voit que nous touchons en fait au cœur d'un débat ancien sur les rapports entre l'État et la société civile » (Raynaut, 1995). C'est ce que Michel Foucault (1983 : 14-15) a nommé la « spatialisation tertiaire », à savoir cet espace moral qui « engage un système d'options où il y va de la manière dont un groupe pour se maintenir et se protéger, pratique les exclusions, établit les formes de l'assistance, réagit à la peur de la mort, refoule ou soulage la misère, intervient dans les maladies ou les laisse à leurs cours naturel ».

Inégalités sociales, inégalités des risques : " pouvoir d'agir " contre " vulnérabilités "

Sexualité de crise, individualisation et risques face au VIH/sida

La crise économique et la paupérisation qui touchent les populations camerounaises depuis un peu plus d'une décennie, met en évidence des micro-stratégies de " sortie de crise " dont la sexualité est une des modalités. Les villes du pays, notamment Douala et Yaoundé, sont plus que par le passé les théâtres de déploiements diurnes et surtout nocturnes de jeunes filles en quête de ressources matérielles. Aux prostituées *stricto sensu* – celles dont c'est l'activité principale et quotidienne – il faut ajouter :

- les jeunes femmes qui monnayent leurs charmes de manière ponctuelle et récurrente (les prostituées occasionnelles) ;
- celles qui combinent leurs aspirations affectives aux besoins matériels par une polyandrie plus ou moins officieuse (un " sponsor " qui finance et le " meilleur petit " pour le recours affectif) ;
- et, enfin les " filles à marier " (*cf.* Bardem & Gobatto, 1994) dont les espoirs familiaux et personnels sont exclusivement portés vers la recherche d'un bon parti " pour la vie ".

Dans cette constellation d'aspirations et de stratégies, le risque et la protection liés au sida prennent des formes variables.

Les prostituées : stigmatisation, vulnérabilité et protection

S'il est indéniable que les prostituées ont été fortement touchées par la maladie comme nous l'avons souligné précédemment (on estime aujourd'hui à 30% les prostituées séropositives à Yaoundé et 40 à 50% de leurs homologues de Douala), elles sont aussi celles chez qui l'information semble être le mieux passée. Seulement il n'y a pas de lien de causalité simple entre l'information et le recours au préservatif. La majorité d'entre elles insistent sur le fait qu'elles proposent systématiquement le condom à leurs partenaires. Parce qu'elles ont suffisamment bien reçu le message de prévention qui s'est focalisé sur elles, ensuite, parce que la confrontation directe ou indirecte à la maladie a augmenté la vigilance générale. Cette sensibilisation s'altère devant certains clients qui refusent l'existence de la maladie et qui font monter les enchères pour ne pas utiliser le préservatif. De fait, certaines cèdent sous la pression des CFA et se soumettent à une roulette russe dont elles saisissent les risques tout en remettant leur sort au " destin " ou à " Dieu ", pour reprendre les mots qui reviennent le plus fréquemment dans ces cas. Leur vulnérabilité matérielle et les pesanteurs familiales ouvrent des brèches à une certaine inconscience masculine, dont on peut néanmoins penser qu'elle n'est plus majoritaire dans la population générale, sans être négligeable. Certaines catégories sociales se risquent à des activités nocturnes qui banalisent l'hypothèse de l'infection au VIH ou l'écartent sans autre forme de procès. Le sous-prolétariat urbain, issu des activités de " débrouille " de Douala, en donne un exemple patent au coin d'un boulevard de la capitale économique dont le nom est une ironie du sort : " boulevard de la Liberté ".

Douala : boulevard de la Liberté

Situé dans le quartier commercial du centre de Douala, Akwa, le boulevard de la Liberté offre un concentré inédit de la géographie du commerce sexuel et des vicissitudes liées à l'utilisation

du préservatif. Toutes les couches sociales y circulent, suivant une distribution relativement étanche de l'espace, auxquels les bars, snacks, cafés, hôtels et autres lieux de villégiature apportent les marques d'appartenance ou d'aspiration sociale. Sur les 300 mètres qui séparent le Drugstore d'un côté à l'Hôtel Akwa Palace de l'autre, s'étalent les inégalités face au sexe et les inégalités face à " la gestion du risque d'infortune transmissible " ¹.

Le " Gazon maudit "

Le sous-prolétariat urbain a choisi un angle du boulevard de la Liberté, derrière le Drugstore pour marquer le début d'une liberté sexuelle que le boulevard clôt de l'autre côté par l'Hôtel Akwa Palace et la prostitution dite de luxe. Le Drugstore fait l'angle du boulevard et d'une petite rue sombre qui mène au ventre populaire d'Akwa. Au début de cette petite rue, à 20 mètres du carrefour, des petits attroupements de silhouettes fugaces se tiennent devant un petit immeuble qui, de jour, n'affiche rien de spécial. Un petit carré de gazon s'étale au bas de l'immeuble et les gardiens " louent " pour 500 francs CFA une portion de cet espace à des prostituées très bon marché et à leurs clients, pour des " passes " de quelques minutes, parfois les uns à côté des autres dans la pénombre. Le tout sous le contrôle avisé des gardiens qui régulent cette circulation sexuelle. Le préservatif ici semble être un luxe attribué aux " autres ". Les filles défilent, les clients passent et s'esquivent aussitôt après s'être soulagés - il ne s'agit guère d'autre chose. Des curieux s'agrippent à la barrière de bambous de Chine et assistent au spectacle gratuit offert à cet endroit que les populations de Douala ont pudiquement appelé " le Gazon ".

Les " risque-tout " qui se livrent à la nuit sexuelle de la Liberté sont constitués aussi d'hommes mariés, souvent des migrants de fraîche date. Ils nourrissent les chemins du risque et des infections relatives aux MST et au VIH/sida en même temps qu'ils manifestent de manière dramatique leurs misères sexuelles, sociale et citadine. Leur déconnexion d'avec l'univers du discours sur le sida est à la mesure des inégalités de ressources matérielles et sociales qui les séparent de l'urbanité du préservatif s'étalant quelques mètres plus loin. Sur les deux côtés du boulevard, précisément sur les 300 mètres d'espace de consommation nocturne, il existe un point de vente de préservatifs tous les 50 mètres, puisqu'ils sont proposés par les détaillants de cigarettes. Il s'agit des préservatifs " Prudence " du très actif Programme de marketing social du Cameroun (PMSC), initié par son tuteur américain Population Services International (PSI). De fait, les jeunes filles, du côté éclairé du boulevard, qui proposent leurs charmes à des personnes ayant des revenus convenables, notamment des scolaires " occasionnelles ", avouent que ce sont de plus en plus souvent leurs partenaires masculins (cadres locaux et expatriés) qui leur proposent le " condom ". De ces liens plus ou moins suivis entre les filles et leurs partenaires, on peut retenir l'effet de " la prévention par le bas " qui s'est faite avec des " bouts de ficelles ", moyennant les bribes d'information, le bouche-à-oreille et aussi la confrontation à la maladie par le biais d'un proche ou d'une connaissance et la mobilisation des " pairs éducateurs " chez certaines prostituées.

Cette ébauche de prévention marque le début d'une prise de conscience qui, après avoir contourné les classes moyennes et " supérieures ", s'y installe de manière relative et imparfaite, sur la base des connaissances véhiculées sur la maladie. Dans une situation d'essoufflement de

1 L'expression est empruntée à Michèle Cros et *al.* (1994).

la politique préventive, la protection différentielle (suivant les circonstances et le partenaire) et la faible prise de conscience redessinent des inégalités sociologiques face à cette maladie qui les avaient fortement relativisées au début de la pandémie. Les plus " intégrés " aux réseaux de redistribution économique, les plus instruits aussi, manifestent de nouveau ce " pouvoir d'agir " face à la " vulnérabilité " (cf. Mann & Tarantola, 1996 : 441). Ce pouvoir d'agir (*empowerment*) permet le recul en face du désir et de la séduction, le refus de certains risques en ce qu'il confère à leurs détenteurs suffisamment d'autonomie pour relativiser l'éventualité d'un refus lié à la négociation autour du préservatif. D'une catégorie sociale à l'autre, la prévention par le bas se manifeste encore de façon plus nette. De l'effet pervers d'une représentation biaisée (le sida, la maladie des autres), est né le recours au préservatif, dès lors que l'on se trouve en face d'un individu appartenant à une catégorie sociale éloignée de celle à laquelle l'on pense appartenir. Pour le schématiser à partir de la géographie du sexe du boulevard de la Liberté, nous pouvons dire que la probabilité de transmission du VIH semble très faible entre les adeptes du " Gazon " et les clients des espaces chics du bout de la " Liberté ", quand bien même les hasards de la nuit africaine mettraient les protagonistes en situation d'échange sexuel. Ces inégalités sociales induisent ainsi des ébauches d'espaces d'étanchéité " anti-VIH ". Cette dynamique inégalitaire se manifeste face aux recours médicaux et sociaux pour les personnes vivant avec le VIH au Cameroun, dans une logique dramatique cette fois-ci. Cette fracture sociale dont il est question dans le prochain paragraphe suit une logique qui ne doit rien au hasard et ses conséquences sont implacables.

Statut sérologique et statuts sociaux : les recours inégaux face à l'épreuve du VIH

Mort d'une combattante

Mme L.M. est décédée en septembre 1997 à la suite d'une infection opportuniste liée au sida. Depuis l'annonce de son diagnostic deux ans plus tôt, elle a accumulé sur son passage tous les travers qu'induisent les pratiques, représentations et attitudes face au sida au Cameroun, notamment pour les personnes démunies. Dès la connaissance de son statut sérologique, L.M. se soumet à toutes les recommandations officielles des médecins. Elle annonce son infortune à sa famille, particulièrement à son père et son frère aîné. L'effet est immédiat : les trois enfants qu'elle a eus avec son mari défunt lui sont retirés de force. « Tu dois mourir », dira son père. Le chef de famille intime l'ordre que ses petits-enfants soient enlevés à sa fille L.M., " pour ne pas les contaminer ". Son fils aîné, le frère de L.M., exécute la volonté du chef sans coup férir. Le personnel médical qu'elle rencontre l'informe de l'existence d'une association de séropositifs. Elle s'y inscrit et s'engage dans les activités de conseil et de soutien psychosocial que dispensent les membres bénévoles de l'Association des Frères et Soeurs Unis (AFSU). Elle devient la présidente provinciale de cette association à Douala. Les difficultés matérielles et une santé fragile la font migrer dans la province du Centre, chez sa grand-mère dans une localité située à 200 kilomètres de la capitale Yaoundé. Sa grand-mère fait fi de tous les avertissements dont elle est l'objet à propos du risque de " contamination " que lui ferait courir la proximité de sa petite-fille. « Ma grand-mère dit que je vais guérir, on lui a dit que je vais la contaminer et mourir. C'est, avec ma belle-famille, la seule personne qui me soutient. Quand j'ai été très malade, elle me lavait, s'occupait de moi comme un enfant... ». Petit à petit, L.M. reprend des forces, contacte les membres de l'association à Yaoundé. Elle peut bénéficier de soins et d'un suivi gratuit grâce à un protocole de recherche franco-camerounaise mené dans un hôpital de la ville. Elle recommence à s'activer, cultive les arachides au village avec la

première et la dernière de ses alliés. Portée par les sollicitations des responsables sanitaires, elle accepte de témoigner à visage découvert à la télévision, à l'occasion de la fête de la santé en mars 1996. Les conséquences sont immédiates : le personnel des petits centres de santé à proximité de son village refuse successivement de le " toucher ".

Pour tous les soins qu'elle doit subir pour pallier aux infections opportunistes, L.M. est obligée de parcourir les 200 km qui la séparent de la capitale. Elle décide de continuer la lutte et accepte de nouveau la proposition d'un témoignage télévisé prévu pour la Journée mondiale de lutte contre le sida de décembre 1997. Entre-temps, en septembre de la même année, L.M. est prise de diarrhées aiguës. Elle entreprend de se rendre à Yaoundé, puisque ses provisions d'anti-diarrhéiques se sont épuisées. Son voyage est chaotique, elle met trois jours, au lieu de quelques heures, pour rallier la capitale. Elle arrive à l'hôpital un dimanche. C'est le jour de repos pour le personnel du projet franco-camerounais dont elle bénéficie du soutien médical. Elle est donc orientée vers la structure classique de l'établissement hospitalier. Le diagnostic ne cause aucune difficulté au médecin de garde et encore moins à la patiente. L.M. se déshydrate et il lui faut une perfusion de soluté glucosé et des anti-diarrhéiques. Ces soins sont à la charge de la malade qui n'a plus d'argent. Le médecin est prêt à la secourir, seulement il se trouve qu'il attend son affectation depuis un an et que son activité est réduite à du bénévolat : il ne possède pas non plus les moyens d'acheter les produits nécessaires. L.M. reste alitée jusqu'à lundi. Lorsque les soins commencent à lui être prodigués ce jour-là, son état de santé commence fatalement à décliner. Depuis la veille, L.M. a senti son sort se sceller. Elle confie au personnel de l'hôpital le soin de transmettre ses " remerciements " nominatifs à tous ceux qui l'ont aidée et soutenu dans ses épreuves. L.M. est morte le lendemain, sous une perfusion tardive. Elle s'est déshydratée pendant 4 jours et 3 nuits. Elle avait 34 ans et 5 mois.

Cet exemple est dramatique mais il met en lumière les mécanismes pervers des différents secteurs de la gestion du problème du sida. L. M. faisait partie des plus démunis dont une des ressources est de se constituer en association. Non pas pour se transformer en groupe de pression ou en " patient réformateur " (Defert, 1989) – le Cameroun en est très loin – mais pour bénéficier d'un certain suivi et de subsides privés. La déperdition de confidentialité qui suit l'adhésion à l'association est vécue par ses membres comme un tribut à payer pour leur survie. Les autres séropositifs, mieux lotis matériellement, peuvent non seulement choisir leur médecin et imposer, avec plus ou moins de succès, que la confidentialité et le secret médical soient respectés.

Les polythérapies : vers de nouvelles inégalités

Ce type de patients avait, jusqu'à présent, eu recours à l'AZT (monothérapie comprenant une molécule antirétrovirale) dont le caractère inefficace à long terme commence à être reconnu par les spécialistes. L'entrée en lice des trithérapies réoriente complètement le débat scientifique et clinique sur la prise en charge thérapeutique. Ces informations ont pénétré l'espace camerounais du sida et posent avec acuité le problème des coûts des traitements. Les catégories les plus nanties ont accédé à l'AZT depuis plusieurs années et bénéficient en même temps de la stricte confidentialité que leur confèrent leurs statuts sociaux. De fait, c'est en catimini qu'ils sollicitent l'écoute et les conseils de l'association des séropositifs, notamment de son président, dont ils sont sûrs du respect du secret. Ironie du sort, ce sont ceux que

l'exclusion conduit à s'exposer au regard méfiant du public, quand ce n'est pas à la vindicte populaire, qui conseillent la minorité élitaire pour qui l'accès à un bon niveau d'information générale n'empêche pas l'aspiration aux informations qui circulent dans les milieux spécifiques impliqués dans la prise en charge du sida.

Les situations où un membre actif de cette association donne à un " boss " des informations sur un produit qu'il n'a pas lui-même les moyens de se procurer ne sont pas rares. Jusqu'à ce que la réunion internationale sur les antirétroviraux (ARV), tenue à Dakar, au Sénégal, en septembre 1997, vienne confirmer que l'AZT provoque des résistances virales qui rendent ce médicament inefficace à moyen terme. Qui l'a consommé jusqu'à présent ? La réponse est claire : les séropositifs fortunés. Ce sont donc les plus aisés chez qui les nouvelles thérapies devront être manipulées avec le plus de précaution, dans la mesure où ces monothérapies (avec l'AZT ou d'autres produits de même type) auront provoqué l'apparition de résistances évoquées plus haut. Pendant ce temps, les plus démunis n'accèdent toujours pas au moindre antirétroviral et se contentent d'aspirer aux traitements des maladies opportunistes avec plus ou moins de succès, comme le démontre de manière tragique le cas de Mme L.M., présenté précédemment. Les bi et les trithérapies (association de deux ou trois antirétroviraux) sont de fait sur la sellette. Si des spécialistes parisiens affirment suivre des patients en provenance du Cameroun, ces médicaments posent un problème crucial de coût : 5 000 francs français par mois pour les trithérapies et 2 500 FF par mois pour les bithérapies en France. Ce qui représente pour les Camerounais, dans le cas d'une trithérapie, un salaire supérieur à celui d'un ministre. Sans compter le fait que ce soit un traitement à durée indéterminée. À la fin de l'année 1997, aucune convention, aucun accord n'était signé par le gouvernement camerounais pour amortir les coûts au niveau des patients, contrairement aux accords internationaux que la Côte d'Ivoire ou l'Ouganda, par exemple, ont signés en novembre 1997 pour que leurs patients accèdent à moindre frais aux polythérapies.

Les médecins camerounais témoignent des sollicitations que leur font leurs patients " fortunés " pour que leur soit prescrite une trithérapie, quand bien même leurs situations cliniques (patients asymptomatiques présentant un taux de lymphocytes CD4 équivalent à ceux d'une personne " bien portante ") permettraient de n'y recourir qu'un peu plus tard, dans l'hypothèse d'une baisse des défenses immunitaires. Ce qui représenterait pour les patients une économie financière sans que leur santé en subisse un grand préjudice. Ces exemples récurrents, selon les médecins des hôpitaux de Yaoundé, montrent le clivage profond qui sépare une toute petite minorité d'individus détentrice de grands moyens, de la majorité de la population qui subit les affres de la crise et de la mort en l'absence de soins. Certains patients arrivent à se sacrifier quelques temps pour bénéficier d'une mono ou d'une bi-thérapie et sont obligés de l'abandonner après quelques mois ; ce qui les place dans des situations cliniques qui sont parfois pires que s'ils n'avaient eu recours à aucun antirétroviral. Ces inégalités devant la santé, qui plus est pour ce qui est de l'épreuve du sida, rendent impératif un sursaut de reconquête politique et diplomatique des partenaires étrangers, de la part des autorités camerounaises. Reconquête qui devra aussi être assortie d'un profond réaménagement de la politique interne de lutte contre le sida pour les plus démunis. Parce que, à statut sérologique égal, à situation clinique similaire, le statut social transforme des données physiopathologiques " équivalentes " en des destins aussi distincts que... la vie et la mort.

Le sida, un risque d'État ?

Crise de l'État, et résistances aux discours d'État

Ce n'est pas recourir au registre catastrophiste que de rappeler que le sida met en péril les équilibres fondamentaux de la société. Quitte à céder le flanc à la redondance, les populations sexuellement actives sont aussi celles qui représentent " les forces vives de la nation ". Le rôle de l'État, par l'intermédiaire du Programme national de lutte contre le sida, s'avère crucial en ce qu'il est sensé promouvoir des actions qui fassent écho auprès des citoyens dans l'optique d'un changement collectif notable face aux risques liés au VIH/sida. C'est l'affaiblissement des ressources et de la régulation socio-économique et politique de ce même État qui a induit les mutations axiologiques (primauté des valeurs de profit au détriment des toutes les autres) et comportementales (avènement inédit des sexualités de crise). Le parallèle entre la décennie de crise camerounaise (1985-1995) et celle de la progression exponentielle des cas déclarés de sida au cours de la même période n'est pas fortuit. Par les errances de sa communication à travers les velléités de sensibilisation, l'État et le système politique camerounais manifestent toute la distance qui les sépare de plus en plus des attentes affectives, politiques et économiques des citoyens ordinaires.

En d'autres termes, les discours des autorités locales n'ont plus beaucoup de prise sur leurs " auditeurs ". Les attentes de ces derniers – notamment des 15-30 ans – se sont diluées dans un désenchantement que résume assez bien la dégradation de l'image que les Camerounais se font du " Camerounais " : vénal, corrupteur et corrompu. Certes il n'est pas question d'attendre une hypothétique " sortie de crise " pour appeler à un sursaut de responsabilité individuelle et politique en matière de réduction des risques face au sida. Comme dans tous les pays sujets à une forte paupérisation, cela reviendrait en définitive de mettre " la charrue " (la prévention) avant " les boeufs " (l'amélioration des conditions de vie des Camerounais). Le déficit communicationnel entre les locuteurs officiels et leurs " cibles " plus ou moins fantasmées n'est pas la meilleure des augures. Il est le pendant du déficit démocratique dans un pays où les procédures de la démocratie (les élections) ont vider celle-ci de ses valeurs substantielles (respect des règles édictées, respect du droit, respect de la diversité des opinions). Dans ce contexte, peut-on convaincre les jeunesses de la pertinence d'un discours sur les risques, lorsqu'elles sont en majorité convaincues que toutes les promesses que les " mêmes " ont proférées pendant trente ans, sur fond d'autoritarisme et d'ébauche de redistribution, sont réduites à l'exigüité des perspectives actuelles ?

Dans cette optique, le support de la parole officielle devient aussi important que le message lui-même, fût-il le plus sincère. Comme l'explique le sociologue F. Worms, « parler de risques, c'est d'abord isoler des " causes " déterminées d'accident, voire de mortalité, contre lesquelles on peut chercher à se prémunir. Parler de risques, (et non pas seulement de maux ou de dangers) poursuit-il, c'est parler d'événements qui atteignent une activité non seulement partagée avec d'autres, mais découlant de la collaboration avec autrui, dans un espace social » (Worms, 1996 : 290). Chacun des termes de cette explication sur les risques porte les germes de la causalité circulaire du risque-sida au Cameroun. L'activité par laquelle le mal se transmet est à 90% la sexualité, celle-là même que les discours " d'en haut " n'arrive pas à énoncer clairement comme " partagée avec d'autres " et " découlant de la collaboration avec autrui ", y compris avec les responsables ! Il n'y a pas un VIH du transporteur, de la prostituée, du

scolaire, du militaire et un autre VIH du ministre ou du médecin... La prévention officielle résiste à recourir à ce " nous " qui, par ailleurs, atteste de sa présence à travers la relative unification virologique qui marque le VIH/sida en tant que " *disease* " au Cameroun.

Prévention et coopération : un jeu de dupes

Dans ses velléités d'organe protecteur, l'État a tenté de mettre en scène ce qui lui est théoriquement dévolu en termes de risques sociaux, étant entendu que « toute théorie de l'État fait place à une conception de la protection » (Lautman, 1996 : 273). Les rôles respectifs de l'administration camerounaise et de la coopération internationale sont indissociables. Comme nous le notions précédemment, le PNLS et ses priorités sont édictées de l'extérieur. En particulier par le Programme mondial contre le sida (GPA) de l'Organisation mondiale de la santé (1987) et par un groupe d'action spécial consacré au sida (AIDS Task Force) créée par la Communauté européenne.

Sans avoir à se référer à son devoir de communication, donc de négociations envers les populations, l'État pouvait s'appuyer sur l'aide technique et matérielle étrangère pour juguler le risque de transmission du VIH dû à des transfusions sanguines. Ainsi, les banques de sang de l'Hôpital Central de Yaoundé et de l'Hôpital Laquintinie à Douala ont-elles pu bénéficier de 1,8 million d'écus versés par la Commission européenne entre 1987 et 1990 pour leurs réaménagements. Quarante-centres hospitaliers du pays ont aussi pu être dotés de tests rapides permettant le contrôle de qualité des poches de sang issues des collectes. Parallèlement, cette intervention européenne a permis la formation du personnel et un « système rigoureux de recrutement de donneurs et l'installation d'équipements nécessaires à la collecte, l'analyse et la distribution des stocks »¹. Seulement, la transmission du VIH suite à des transfusions sanguines concernent 5% des cas d'infection et la contamination par voie hétérosexuelle touche pour sa part 90% des personnes infectées par le VIH au Cameroun, comme dans les autres pays africains. De ce fait, une gestion technique et administrative ne peut plus suffire. Le nombre de cas de transmission du VIH par voie sanguine diminue tandis que celui de la contamination par voie hétérosexuelle s'accroît.

L'État camerounais et la coopération internationale doivent alors répondre à une difficulté fondamentale qui est celle de se (re)connecter avec les mécanismes sociaux qui induisent l'avènement d'une nouvelle armature des risques. Ils révèlent la brutalité du changement social et axiologique (relatif aux valeurs) sans l'étude duquel la prévention risque de rater son objectif : informer, sensibiliser et induire de nouvelles attitudes notamment le port du préservatif. C'est donc ce second aspect du problème-sida qui achoppe sur les représentations du sida chez ceux qui ont eu la responsabilité administrative et politique de la prévention contre l'infection au VIH/sida. Le face-à-face qui oppose alors les agences de coopération bi et multilatérale et l'administration camerounaise oriente la politique de prévention. Lorsqu'en 1987, l'OMS incite les États africains à créer des Programmes nationaux de lutte contre le sida, le Cameroun fait partie de ceux qui se soumettent à cette directive sans condition. L'Organisation mondiale de la santé lance alors des enquêtes comportementales sur le thème de la sexualité. Les agences de coopération publique et privée des pays occidentaux suivent la nouvelle dynamique. Des fonds importants sont ainsi investis notamment pour des enquêtes

¹ Lettre d'information de la CEE, mai 1990, p.2.

quantitatives locales auprès de différentes " populations cibles ". Une trentaine d'enquêtes dites CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) et CACP (Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques) est effectuée. Le protocole des premières de ces enquêtes est établi au préalable par ces institutions et agences internationales. Dans la situation où se trouve la fonction publique (réduction drastique des salaires, licenciements), ces nouvelles sources de financements finissent par représenter une rente financière inespérée. Le PNLS camerounais est quasiment mis sous perfusion par l'OMS, l'agence de coopération technique allemande (GTZ), les ONG américaines, la mission française de coopération et la commission des communautés européennes, pour ne citer que les principaux bailleurs. Les fonds affluent, les enquêtes se font. Le but avoué de part et d'autre est simple : " comprendre pour agir ".

Ces travaux de sciences sociales n'ont pas vraiment infléchi les discours entendus et aucune sollicitation, en dehors de quelques pétitions de principe, n'est intervenue pour provoquer une césure dans la logique catastrophiste (" le sida tue ! ") ou nuancer le fatalisme (" les camerounais n'aiment pas les préservatifs "). Déjà en 1993, M. Roger Salla chef de l'Unité de lutte contre le sida déclarait que « malgré tous ces efforts, force est de constater, à travers les enquêtes CAP, et à travers les observations faites dans le pays [...] que la modification durable des comportements à risque n'est pas encore obtenue »¹ La séparation entre les élites biomédicales ou socio-anthropologiques et les groupes dits " à risques " a favorisé la lente dérive intellectuelle vers des ellipses contre-productive. Le sida est devenu et resté la maladie des " autres " au rang desquels les prostituées, le sous-prolétariat urbain et les " jeunes " sont présentés comme les cibles et vecteurs privilégiés. Personne ne semblait, jusqu'à une période très récente, remarquer que les tableaux statistiques des différentes enquêtes révélaient une chose : que tous les groupes interrogés semblaient exprimer une protection différentielle. À savoir le recours très variable au préservatif suivant la moralité assignée au partenaire sexuel. Ce qui montre clairement que la stigmatisation de certaines catégories sociales préconstruites (prostituées, jeunes, *etc.*) a bien été entendue. Et si les auteurs de ces rapports ne " voient " pas eux-mêmes les corrélations entre les données qu'ils récoltent c'est aussi pour une raison qui tient de la structure du rapport entre chercheurs locaux et bailleurs étrangers. Parce que les travaux des premiers sont résolument orientés en fonction des conclusions attendues ou supposées par les seconds : la tentation culturaliste qui permettrait de tout expliquer. Du coup, la conclusion rituelle de ces travaux dénonce invariablement une aversion (" physique " et " culturelle ") vouée au préservatif. Il ne semble évident pour personne de se demander pourquoi, d'une enquête à l'autre, plus de 90% des clients réguliers ou occasionnels des prostituées disent recourir aux préservatifs. Pourquoi ce pourcentage baisse-t-il dès que les questions portent sur les autres partenaires (de la maîtresse à la partenaire " régulière ") ? Répondre à ces interrogations évidentes aurait été reconnaître que la réduction du problème à une " sexualité africaine culturellement hostile au préservatif " était sans doute une impasse. Ce qui aurait induit le risque de voir tarir la source de financement puisque les chercheurs-enquêteurs n'avaient que très peu de prise sur le sens et les questions initiales qui orientaient les travaux pour lesquels ils étaient payés. Pendant ce temps le sida exerce un vrai travail de sape : entre 1985 et 1995 la population estimée séropositive au sein de la population générale est passée de 0,5% à 5,5%. Les bailleurs de fonds finissent par se rendre compte que les résultats sont très en dessous de leurs attentes. Les financements diminuent, le PNLS a perdu

¹ Salla N. R., " Processus de développement du deuxième plan à moyen terme de lutte contre le sida (1994-1998) en République du Cameroun ", *Bulletin de liaison de l'OCEAC*, déc. 1993, 26(4) : 163.

une grande partie de sa crédibilité tant au niveau des associations locales que de ses partenaires étrangers, en même temps que son pouvoir de régulation des actions menées sur le terrain. La thématique caduque des " populations cibles " et la faiblesse de la sensibilisation sont soulignées par l'expansion transversale (toutes les couches sociales sont touchées) de la pandémie. La coopération internationale s'oriente de plus en plus vers une diversification de l'aide au profit des associations, pour des actions de proximité. Ces relations ambiguës, dont le Cameroun ne détient pas le monopole, ont conduit à la concentration de l'aide internationale au sein de la nouvelle Organisation des Nations Unies sur le Sida (ONUSIDA) qui regroupe différents organismes de l'ONU (PNUD, FNUAP, UNESCO, UNICEF) ainsi que l'OMS et la Banque mondiale. En octobre 1997, une dotation de 250 millions de francs CFA est promise par l'ONUSIDA au gouvernement camerounais.

Entre-temps, l'action du PNLs semble au point mort en matière de sensibilisation de masse ; par exemple, de mai à novembre 1997 aucun spot télévisé sur la prévention contre le sida n'est passé ni à la radio ni à la télévision. La dernière campagne télévisée de ce type a eu lieu entre la fin de l'année 1995 et le début de 1996, sur l'initiative de la Commission européenne. Elle fut suivie, de manière ponctuelle, d'un spot réalisé à l'initiative individuelle d'un journaliste camerounais, avec le concours de personnalités appartenant au monde du sport, du spectacle et des médias qui ont répondu gratuitement à la sollicitation de J.M. Ndi, le journaliste en question. Ces exemples illustrent deux phénomènes : *primo*, de réelles potentialités de mobilisation existent au Cameroun dans la " société civile " mais, *secundo*, il n'y a pas, à ce jour, de réelle volonté politique de connecter ces individus, groupes ou associations pour reconstruire, par le biais de la lutte contre le sida, le lien social éprouvé par la crise socio-économique¹. Pourtant, en mai 1995 une réunion organisée par le PNLs s'est tenue sur « l'implication effective des décideurs, leaders politiques, religieux et administratifs dans la lutte contre le sida au Cameroun ». Les élections qui ont suivi en janvier 1996 (municipales) ont favorisé l'expression de tous les partis politiques en lice et aucun d'eux, y compris le parti au pouvoir, n'a abordé le thème du sida, à l'exception quasi anecdotique d'une responsable d'un des partis de l'opposition, contrairement à ce qu'ils étaient tous convenus de faire à la fin de la dite réunion. Cette hypocrisie générale se chiffre par un recours très distendu, si l'on ose dire, au préservatif chez tous les groupes sexuellement actifs. À ce jour, 70% des personnes infectées par le VIH/sida ont entre 20 et 39 ans ; parmi eux, 47% ont entre 25 et 34 ans et tout porte à croire que c'est une situation qui tend à s'aggraver.

À ces constats d'échec répond une modification de l'aide – de la part des ONG –, qui vise, non pas à contourner l'État mais à permettre l'émergence de groupes sociaux capables de réagir face au sida en insufflant une dynamique de proximité. Les acteurs de l'aide internationale ont mis dix ans à comprendre qu'ils investissaient " contre le sida " par le biais d'un État dont les priorités sont manifestement ailleurs. Leurs méthodes changent sensiblement. Populations Services International (PSI, États-Unis) a délégué sa technique de marketing social autour du préservatif à des acteurs privés camerounais dont les résultats en termes de vente (avec un prix imbattable de 1 FF pour une boîte de quatre préservatifs), de visibilité et de dynamisme sont indéniables. L'agence de coopération technique allemande accentue ses efforts vers les petites

¹ De mars à décembre 1998 le PNLs a été dirigé par le Pr. Peter Ndumbe. En janvier 1999, le nouveau ministre de la Santé (nommé en décembre 1997) a décidé que c'est un comité collégial de 4 conseillers, dont M. P. Ndumbe, qui conduit désormais la politique du sida au Cameroun.

associations et couvre trois provinces camerounaises de son influence. La Mission française de coopération rénove les hôpitaux de Douala et Yaoundé et crée un hôpital de jour pour les patients touchés par le VIH, même si chacun sait que l'État camerounais se rappellera au souvenir de tous quand il s'agira de la gestion de cette structure intégrée à l'hôpital central de Yaoundé. Au Cameroun, il ne serait pas déplacé de dire que “ l'État ne fait rien mais rien ne peut se faire (durablement) sans lui ”. Parce que, comme disent ironiquement et fatalement les Camerounais, reprenant une petite phrase de leur Président, “ le Cameroun c'est le Cameroun ”. L'aide internationale sait désormais ce que cela signifie...

Conclusion

L'État camerounais est désorienté, privé de sens, après une décennie de crise (1985-1995) qui a pratiquement épuisé son pouvoir de régulation sociale. Réduit à conduire des politiques économiques édictées par les institutions de Bretton Woods, il a peu à peu perdu pied avec la réalité du changement qui affecte l'ensemble de la société. L'avènement de la pandémie du sida incarne et révèle le caractère factice de la puissance étatique. Le sida exige une politique volontaire et ininterrompue, le Cameroun n'arrive qu'à se gérer à court terme. Même lorsque l'État arrive à instrumentaliser l'aide internationale, comme ce fut le cas pour l'aide relative au sida, cela ne dure que le temps que ses partenaires se rendent compte de ce “ jeu de dupes ”. Et c'est l'État qui souffre des stratégies de contournement, certes ponctuelles, qui fragilisent sa capacité de régulation qui lui donne le seul sens qu'il peut encore revendiquer. C'est en regardant vers “ le bas ” de la société, que l'on peut prendre la mesure des nouvelles dynamiques du changement social dont il est question. Elles érigent, dans le contexte du sida, les sexualités, en vecteur essentiel de l'affirmation individuelle (individualisation) et de la promotion personnelle (mobilité sociale) que le conservatisme des élites refuse de reconnaître.

En d'autres termes, sont supposés “ à risques ” ceux qui ne représentent pas l'ethos de “ l'élite ” dont la définition peut se résumer à travers ce triptyque : masculinité, séniorité et notabilité. De telle sorte que la réalité de ce mal, qui touche toutes les couches et catégories sociales, placerait les censeurs officiels devant un pas insidieux : faire l'aveu des similarités d'attitudes socio-culturelles entre les élites et le reste de la société en ce qui concerne la sexualité et les risques dus au VIH/sida. Ce qui reviendrait à reconnaître que cette lutte en appelle à la reformulation radicale des divisions et inégalités sociales face à l'impact de la maladie. Par la même occasion, ce serait admettre les errances d'un discours de façade qui voudrait, entre autres, réduire la femme et la sexualité à une seule et même chose : une fonction reproductrice. Discours dont personne n'ignore l'hypocrisie en face de l'avènement des nouveaux statuts officieux que les femmes ont conquis. Tout cela apparaît dans un contexte où chacun ressent la place centrale que tient la sexualité dans les processus d'affirmation individuelle devenus d'autant plus importants que les marges de valorisation socio-économique se sont réduites. De fait, l'oreille que le citoyen ordinaire tend vers les injonctions “ d'en haut ” est distraite, sélective et instrumentale. Cette crise généralisée propulse la société camerounaise vers des lendemains incertains. Pour s'affirmer individuellement, “ construire sa vie ”, les plus vulnérables empruntent les voies des risques multiples, au rang desquels intervient celui de l'infection au VIH/sida. D'où la nécessité d'appréhender la translation progressive des risques et de la vulnérabilité différentielle (de l'État à l'individu et inversement)

qui marquent les contradictions de la société camerounaise à travers la question du sida. Cette dernière permet de déconstruire " la politique du bas-ventre " que le sida illustre dans ce pays comme ailleurs, en attendant les effets du lent éveil d'une société civile qui n'est pas vierge de responsabilité au Cameroun et dont la participation à la mobilisation est pourtant impérieuse.

Bibliographie

Bardem I. et Gobatto I.

1994 *Maux d'amour, vies de femmes : sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, L'Harmattan, Paris.

Cros M. et al.

1994 *La gestion du risque d'infortune sanitaire transmissible. L'exemple du sida en pays lobi burkinabé*, rapport final ORSTOM, Action Incitative Sciences Sociales et Sida, Bordeaux, multigr., 115 p.

Defert D.

1989 " Le malade réformateur ", *SIDA 89* : 14-17

Eboko F.

1996 " L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida ", *Politique Africaine*, 64 : 135-145

Fabrega H.

1974 *Disease and social behavior; an interdisciplinary perspective*, MIT Press, Londres.

Finerman R. et al.

1995 " Guilt blame and shame : responsibility in health and sickness ", *Social Science and Medicine*, 40(1) : 1-3

Foucault M.

1983 *Naissance de la clinique*, PUF, Paris (1ère ed. 1963).

Kaptué L.

1994 " Lutter contre le VIH en période de récession économique ", *SidAlerte*, 36 : 22-24

Laplantine F.

1986 *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Bibliothèque scientifique Payot, Paris.

Lautman J.

1996 " Risque et rationalité ", *L'Année sociologique* : 273-285

Mann J., Tarantola D.

1996 *AIDS in the World II*, New-York, Oxford University Press.

Raynaud Cl.

1995 " Santé publique : l'État et la société civile ", *Sociologie Santé*, 13 : 7-16

Sindjoun L.

1996 " Le champ social camerounais : désordre inventif, mythe simplificateurs et stabilité hégémonique de l'État ", *Politique Africaine*, 62 : 57-67

Tchoupo J.-P. et al.

1992 *Pratiques sexuelles et maladies sexuellement transmissibles dans les milieux de la prostitution de la ville de Douala*, PSI, sept. 1992, multigr., 35 p.

Worms F.

1996 "Risques communs, protection publique et sentiment de justice", *L'Année sociologique* : 289-307.

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