

CONCLUSION

LE SIDA EN AFRIQUE, UN OBJET POLITIQUE ?

Marc-Éric GRUÉNAIS, Karine DELAUNAY, Fred ÉBOKO, Éric GAUVRIT

Dans les toutes premières pages de son ouvrage consacré à une étude comparative des politiques de lutte contre le sida en France, en Grande Bretagne et en Suède, Michel Setbon, précisait : « Le sida est né dans la controverse, s'est propagé en même temps qu'elle, et continue à déclencher régulièrement des accès de fièvre dans une opinion publique inquiète et irritée. Régulièrement la polémique rebondit, certains jugent manifestement insuffisantes les ressources mobilisées, beaucoup considèrent inadaptés les actions entreprises, et la plupart accompagnent ces jugements critiques de propositions. Le point commun de tous les discours est qu'ils font référence à l'action des pouvoirs publics, indiquant par là que le sida relève bien de l'action collective organisée... Le sida, considéré pendant un certain temps sans intérêt et relevant du domaine privé, est devenu brusquement l'objet d'attention, d'une mobilisation de l'opinion, de décisions publiques et de changements structurels importants... » (Setbon, 1993 : 13-14).

A retenir l'exemple de la France, le sida y a fait l'objet de controverses politiques : bien sûr, on pense immédiatement à " l'affaire " du sang contaminé, mais souvenons-nous aussi, dans les débuts de l'Agence française de lutte contre le sida, des débats à propos de la levée de l'interdiction de la publicité sur les préservatifs ou encore ceux sur le dépistage obligatoire et qui a notamment conduit un ministre de la santé à démissionner. Rappelons également qu'il y eut très tôt appropriation du problème par un groupe constitutif de la société civile (les homosexuels) et confrontation avec les pouvoirs publics. Les media, pour leur part, ont rendu régulièrement compte des manifestations, congrès, découvertes scientifiques sur le sida. Des réunions rassemblant techniciens et politiques, organisées dans les hauts lieux de la vie nationale et internationale, par exemple à l'Assemblée Nationale ou à l'UNESCO, témoignent également d'une mobilisation des institutions. Nous pourrions multiplier à l'envi les exemples attestant d'une mobilisation, et partant d'une appropriation du problème du sida par divers représentants de la société politique et civile. Qu'en est-il sur le continent africain ?

Les informations recueillies au Sénégal, au Congo (Brazzaville), en Côte-d'Ivoire, mais aussi au Cameroun et au Kenya que nous avons présentées ci-dessus sont évidemment très partielles ; nous n'avons pas eu connaissance de toutes les manifestations ni de tous les débats qui auraient pu avoir lieu dans ces pays. Cependant, elles nous permettent de proposer une réflexion pour apprécier la mesure dans laquelle le sida a pu devenir un objet de débat public, entre des experts, des personnels politiques et une " société civile " censée se développer et s'impliquer d'autant plus que tout un chacun (représentants des agences de coopération et des



Fonds Documentaire IRD
Cote : A* 33372 Ex :

États) invite les “communautés”, en particulier par le relais des ONG et des associations, à s’impliquer davantage.

Le sida, une affaire d’États

Au Nord comme au Sud, la “révélation” du sida a mis les États à l’épreuve. Face aux épidémies, régulièrement ressenties comme une agression venant de l’extérieur, les nations s’empressent d’affirmer leur intégrité – territoriale, politique, morale – de réaffirmer leurs frontières et leurs marges : que l’on se souvienne, au début de l’épidémie, de la transformation, aux États-Unis, du “cancer gay” en “maladie des quatre H” ou que l’on considère aujourd’hui, sur tous les continents, les exigences de dépistage du VIH pour la délivrance de visas d’entrée dans certains pays, voire que l’on pense au découpage géopolitique sur lequel reposent les rapports sur les taux d’infection dans le monde qui, prenant pour argument scientifique l’identification de sous-types du virus et de modes de transmission privilégiés, conduit à une sorte de compétition morbide entre continents¹.

La phase de déni ayant caractérisé les premiers moments du sida en Afrique ne relevait-elle pas elle-même d’un processus de singularisation du continent dont procédaient également les imputations faisant de l’Afrique le “berceau du sida” ? Cette maladie sexuellement transmissible, “honteuse”, et létale venait ternir encore davantage la vision négative de cette région du monde à laquelle étaient associées des images de famine, de guerre, de corruption, de coups d’État, de politiciens fantasques, *etc.* (Dozon, 1991). Dans ce contexte, ont pris corps, en Afrique, diverses représentations d’un sida venu d’Ailleurs. Ne s’agissait-il pas d’un virus échappé d’un laboratoire nord-américain ; ne pouvait-on voir là une intention malveillante du Nord pour décimer les populations africaines ? L’arrivée du virus sur le continent africain n’était-elle pas due à des pratiques sexuelles contre nature (homosexualité, zoophilie) qui n’existaient que chez les Blancs ? L’évocation du sida a pu être frappée d’interdiction, comme en Côte-d’Ivoire où « un comité national avait résolu en 1987 de cesser toute enquête épidémiologique après l’emprisonnement de prostituées décidé par le chef de l’État à la lecture des résultats d’une recherche menée auprès de certaines d’entre elles » (Dozon et Fassin, 1989 : 33). C’est dire combien, dès les premiers moments de l’épidémie africaine, le sida était un sujet (géo)politique.

Le déni a ensuite laissé place à une notification régulière des cas de sida par la plupart des pays d’Afrique sub-saharienne dont aucun ne nie plus l’existence de cas de sida sur son

¹ Ainsi, l’Afrique sub-saharienne est aujourd’hui globalement opposée à l’Asie. La première regroupe le plus grand nombre de personnes atteintes tandis que la seconde est moins touchée : l’estimation d’adultes et d’enfants vivant avec le VIH/sida est de 21 millions pour l’Afrique (ce qui représenterait les deux tiers de l’ensemble des personnes infectées par le VIH dans le monde) et de 5,8 millions pour l’Asie en 1998 (ONUSIDA, 1998) : cependant cette dernière doit retenir toutes les attentions du fait d’un taux d’infection plus élevée qu’en Afrique : « The Asia-Pacific region comprises 55% of the global population, but has reported less than 3% of global AIDS cases. However, this relatively low rate of reported AIDS cases must be seen in the context of an enlarging Asia-Pacific HIV epidemic that already constitutes 22% of the estimated 21,8 million people living with HIV infection globally, and which is projected to pass sub-Saharan Africa in terms of incidence of new infections » (Dore & Kaldor, 1996).

territoire¹. Aujourd'hui, dans un renversement total de perspective, mais qui procède sans doute de la même logique que la phase de déni, tout se passe comme si l'importance de l'épidémie était devenue pour tous, au Nord comme au Sud, un marqueur de l'identité du continent africain. La "victimisation" du sous-continent serait-elle désormais un mode de positionnement vis-à-vis du Nord, voire un champ d'énonciation utilisé pour faire pression sur les bailleurs du Nord ? Mais en même temps, c'est aussi une Afrique qui apporte sa contribution à la lutte contre l'épidémie dont il est fait état. Le volume de connaissances accumulés sur les situations africaines amène parfois des experts à s'interroger sur l'apport des expériences africaines pour combattre l'épidémie dans d'autres régions pauvres du globe, en particulier en Asie. De plus, en matière de traitement, dans un contexte d'impuissance biomédicale durable, le sida a même pu très explicitement soutenir la réaffirmation d'une identité africaine et/ou nationale. Dans plusieurs pays, de vives controverses ont ainsi eu lieu sur la découverte de médicaments censés guérir le sida, au cours desquelles l'émergence d'une "approche africaine" de la science est assez systématiquement opposée à "l'impérialisme scientifique du Nord" (dont la procédure normalement requise pour l'autorisation de mise sur le marché est alors présentée comme l'un des instruments). Ces découvertes, émanant, en Côte-d'Ivoire par exemple, aussi bien de Professeurs que de guérisseurs, ont pu recevoir de fortes cautions politiques comme dans l'ex-Zaïre à la fin des années 1980 ou au Kenya en 1996. Au demeurant, dans une optique plus pragmatique, l'idée d'une spécificité africaine de la lutte contre le sida (et de la prise en charge des malades) semble avoir reçu l'aval, voire la caution (même involontairement), d'experts du Nord, comme en témoigne la tenue du Colloque "Médecine traditionnelle et sida" organisé en 1994 à Bamako par l'Organisation panafricaine de lutte contre le sida (OPALS) et réunissant scientifiques et "tradipraticiens" (*cf.* Bourdarias & Le Palec, 1995).

Affaire de l'Afrique sub-saharienne tout entière, dont la singularité est alors opposable aux situations du Nord et de l'Asie, le sida peut aussi en venir à être l'objet de concurrences entre États. Les conditions de la mise en place de l'accès aux antirétroviraux viennent ainsi illustrer la sourde compétition existant entre le Sénégal et la Côte-d'Ivoire pour le "leadership" de la lutte contre le sida en Afrique de l'ouest. Ayant longtemps fait figure de « modèles », politique pour l'un, économique pour l'autre, ces deux pays se sont aussi progressivement érigés en références de la lutte contre le sida : le Sénégal, très tôt, en affirmant sa contribution active à la recherche internationale sur le sida, puis en valorisant le volet prévention de son programme national dont la réussite serait illustrée par le maintien du taux de prévalence à un niveau relativement bas alors même que la dégradation des conditions socio-économiques de vie de sa population aurait pu la rendre particulièrement "vulnérable" ; la Côte-d'Ivoire, plus tardivement, en prenant acte du fort développement de la pandémie, aussitôt référé à un contexte où la relative richesse du pays fait de lui un "carrefour régional", et en faisant, à compter de 1995, de la prise en charge des personnes atteintes une priorité de son programme national, valorisant particulièrement le caractère pionnier de l'intégration de ses programmes sida et tuberculose. L'engagement public des autorités (celui du président sénégalais à la VI^e CISA en 1991, puis lors d'un Sommet de l'OUA l'année suivante, celui de son homologue

¹ Contrairement, par exemple, à certains États d'Afrique du Nord ou du Moyen Orient. Cependant, du strict point de vue de la conduite d'enquêtes épidémiologiques nationales, la possibilité de leur réalisation fut limitée dans nombre d'États africains à une période relativement brève du fait de la raréfaction des ressources allouées aux PNLs suite aux revues externes des premiers plans en 1992-93.

ivoirien au Sommet de Paris en 1994) a par ailleurs été relayé, au niveau international, par le choix d'Abidjan et de Dakar parmi les sites pilotes de l'ANRS et de la Coopération française en matière de recherche sur le sida en Afrique et d'appui institutionnel aux dispositifs de lutte contre la maladie. Au moment où diverses initiatives se faisaient jour en faveur de l'accès aux antirétroviraux en Afrique, initiatives dont le caractère limité était par avance connu, les deux pays disposaient donc de certains atouts pour se positionner. Si la Côte-d'Ivoire peut se prévaloir d'avoir été retenue par ONUSIDA, en 1997, pour un projet pilote de mise à disposition des antirétroviraux, la même année, c'est au Sénégal que s'est tenue la réunion d'experts ayant à définir les directives de traitement par antirétroviraux en Afrique. Et c'est dans des structures publiques sénégalaises qu'ont été effectivement accessibles les premiers traitements. Mais l'annonce officielle, et fortement médiatisée, d'un possible transfert des multithérapies en Afrique eut lieu en Côte-d'Ivoire, à l'occasion de la X^e Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique (CISMA), tenue à Abidjan en décembre 1997 : aux discours des membres de la délégation française menée par J. Chirac qui, dénonçant le développement d'un "sida à deux vitesses", proposèrent la création d'un fonds d'aide thérapeutique, répondirent les déclarations du président ivoirien H. K. Bédié en faveur d'un fonds africain de solidarité ; reste que si de telles déclarations confirment le rôle majeur que la Côte-d'Ivoire et son président entendent jouer dans la lutte contre le sida sur le continent, elles posent le problème des effets d'annonce sur un sujet où une certaine prudence semble de mise eu égard à la complexité des traitements, à leur coût et aux attentes suscitées.

Affaire d'États, le sida semble être aussi, et peut-être surtout, l'affaire de chefs d'État. Depuis la déclaration publique de l'ancien président zambien, révélant que l'un de ses fils était mort du sida, qui a pris valeur de symbole quant à la fin du déni de la maladie sur le continent, jusqu'au discours du président ivoirien à l'occasion de la X^e CISMA que l'on vient d'évoquer, la lutte contre le sida en Afrique est marquée par diverses annonces politiques, prenant parfois la tournure de déclarations fracassantes dont le contenu réel demeurerait pour le moins problématique. Que l'on se souvienne du Président congolais P. Lissouba qui décidait, pour l'année 1996, la gratuité des soins pour les personnes atteintes fréquentant l'hôpital de jour de Brazzaville, allant ainsi à l'encontre, aussi bien, d'une politique générale de santé (fort difficile à appliquer), devant favoriser le recouvrement des coûts, que du fonctionnement même de la structure de soins tel qu'il était pratiqué depuis son ouverture en 1994. Quelles sont les répercussions réelles dans les pays de telles déclarations ? Le sida, objet du politique dès le début de l'épidémie en Afrique comme l'atteste la phase initiale de déni, progressivement réapproprié par les États, pouvant parfois se fondre dans une dynamique plus globale de réaffirmation des identités nationales n'est-il pas surtout, au vu des déclarations et initiatives émanant des chefs d'État, "le fait du prince" ? Dans quelle mesure ces prises de parole au plus haut niveau de l'État attestent-elles d'un véritable engagement national ? Aujourd'hui on semble encore loin d'une situation où le sida serait constitué en objet du discours politique (*cf.* Fassin, 1994b). A notre connaissance, en dépit de l'apparition officielle de partis d'opposition dans les paysages politiques nationaux, aucun de ces partis d'opposition ou de leurs leaders, ne se sont risqués à engager un débat sur ce terrain. Au mieux, comme au Congo, sur l'initiative d'un responsable d'un programme national de lutte contre le sida, à l'occasion de la Journée mondiale du sida, des rivaux politiques du moment (à l'époque MM. Lissouba et de Kolélas) expriment-ils leur entier accord sur le sujet.

Contrairement à ce qui peut être ainsi observé dans différents pays d'Afrique, le Cameroun semble pour sa part s'être illustré par un non-investissement idéologique de la question du sida. Des prémisses de la lutte, en 1985, jusqu'aux instances actuelles, les autorités biomédicales du PNLS ont "joué le jeu" des organismes internationaux. Le refus ou le déni du sida manifesté par d'autres pays au milieu des années quatre-vingts n'a eu ici aucune traduction. Aucun cas de sida n'était encore répertorié lorsque le premier Comité de lutte contre le sida a été mis en place en 1985. La presse publique régulièrement les chiffres officiels du nombre cumulé de cas de sida. Les aspects "sensibles" de l'infection à VIH qui ont conduit ailleurs à des débats (contamination par transfusion sanguine, vulnérabilité de certains groupes dits « à risque », *etc.*) ont tous été évoqués dans des réunions publiques. Par exemple, c'est devant un parterre international que le Dr L. Zékend a affirmé que la contamination par transfusion sanguine existait au Cameroun (VII^e Conférence internationale sur le sida en Afrique, Yaoundé, 1992). Autre illustration significative : le cas des militaires. Si les forces armées se sont abritées, ailleurs, derrière le secret d'État à propos de la prévalence du VIH chez les militaires, le Cameroun donne régulièrement ces chiffres (15 à 16% des militaires camerounais seraient séropositifs). Ces deux éléments rendus publics par des autorités camerounaises n'ont donné lieu à aucun débat contradictoire ; c'est en cela que le Cameroun "rejoint" les autres pays. Ce qui l'en différencie c'est "l'absence" de préoccupation identitaire ou idéologique "africaine". Le sida est l'objet d'une réappropriation technico-administrative qui n'a souffert d'aucune polémique jusqu'en 1998. En outre, les "sommets de l'État" n'ont pas investi, de manière personnelle, la question du sida. Il n'y a, à notre connaissance, aucune trace du mot « sida » dans aucun des discours du Président camerounais. Un Premier ministre a évoqué la question dans une situation où il ne pouvait en être autrement : le discours d'ouverture de VII^e Conférence internationale sur le sida en Afrique tenue à Yaoundé en 1992. A cette première et ultime occasion, il a repris la thématique de la « peste du XX^e siècle ».

La question de l'engagement des États africains dans la lutte contre le sida a pu également être posée en référence aux aspects financiers, particulièrement à l'importance de l'aide internationale, comme l'a notamment fait la Banque Mondiale, concluant alors : « One possible explanation for the weakness of the national governments' spending response to the epidemic might be the availability of international donor funding » (Banque Mondiale, 1997 : 242-246). Une analyse de même type est conduite par un responsable d'un programme de lutte contre le sida en Afrique centrale ; pour ce dernier en effet : « ce retrait relatif de l'État peut se comprendre par le fait qu'au début de l'épidémie, il y a eu une forte solidarité et mobilisation internationales qui nous ont donné les moyens de lutter dans nos pays respectifs. Cela a eu pour conséquence que l'État s'est désengagé quelque peu. [...] En 1987, le budget de la lutte contre le sida à l'OMS était presque de 200 millions de dollars. Il y avait alors suffisamment d'argent, d'autant plus que tous les programmes nationaux n'existaient pas alors. Les politiques de lutte n'étaient pas aussi développées, et par conséquent, les programmes ne consommaient pas beaucoup d'argent. Dans ces cas-là, pourquoi demander aux pays pauvres de mettre de l'argent pour contribuer à la lutte contre le sida ? ». En Côte-d'Ivoire, l'un des seuls pays de la sous-région où le gouvernement a contribué financièrement à son programme national, l'inscription de la lutte contre le sida au budget du ministère de la Santé ivoirien n'est intervenue qu'en 1993 et si elle mettait fin à une période où le PNLS était exclusivement financé par l'aide internationale (qui se poursuit dans la plupart des pays

voisins), cette dernière demeura essentielle puisque les bailleurs de fonds ont assuré 89% des financements du programme sur la période 1993-95 (cf. Kérouédan, 1998 : 56-59). Comme l'indique le responsable d'un programme, cité plus haut, le fait que « les pays comme le nôtre, n'ont peut-être pas pris le sida comme une priorité ou qu'ils ont mis du temps à le reconnaître comme une priorité », est à replacer dans un contexte politico-sanitaire d'ensemble. Celui-ci est marqué, au milieu des années quatre-vingts, par une double contrainte : d'une part, la mise sous ajustement structurel des États qui affecte les budgets alloués aux secteurs sociaux, dont la santé¹ ; d'autre part, la permanence sinon la résurgence de maladies aussi emblématiques que le paludisme, la tuberculose ou la trypanosomiase. Dans ce cadre, la fixation des priorités et du rythme de la politique de santé publique à mener s'inscrit dans un champ sanitaire caractérisé par une prolifération des priorités et, pour un État faible budgétairement dans le champ de la santé et du social, l'action s'opère dans un contexte global de “ non decision making ” (cf. Cattacin et al., 1997 : 23). La possibilité de s'affranchir de cette logique nécessite alors l'émergence sur le devant de la scène décisionnelle d'un autre acteur : l'expert technique, national ou non, de la lutte contre le sida.

La place de l'acteur technico-administratif

Sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, des Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS) ont été institués en interlocuteurs patentés des États et des agences de coopération sous l'impulsion d'institutions étrangères aux pays, se substituant parfois à des Comités créés par les instances biomédicales des pays (Cameroun et Côte-d'Ivoire par exemple) en leur donnant une nouvelle configuration. Les fonctions de ces programmes étaient, et sont encore pour l'essentiel, la coordination de l'ensemble des activités de lutte contre le sida dans les pays.

Cette “ externalité ” ayant présidé à la création des PNLS s'est trouvée renforcée par le fait que la phase d'alerte avait conduit à la mise en place de programmes “ d'exception ”, c'est-à-dire peu ou pas intégrés dans l'organigramme de l'administration de la Santé. C'est ainsi que le PNLS congolais n'apparaissait pas dans les services de la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP) de ce pays et était directement rattaché au cabinet du ministre de la Santé. Au Cameroun, dans un premier temps, le PNLS sera rattaché à la présidence de la République². Parallèlement, les fonds propres des programmes de lutte ont émané d'institutions internationales ou d'agences de coopération bilatérale, l'apport de l'État se limitant le plus souvent à la mise à disposition de locaux et de personnels ; ainsi les activités, les salaires de certains personnels, les indemnités, le fonctionnement de ces programmes échappaient-ils à toute possibilité de régulation publique. Dans ce contexte, les PNLS ont pu souffrir de la

1 Un changement d'orientation à cet égard n'interviendra que quelques années plus tard avec la publication, en 1993, par la Banque Mondiale de son Rapport sur le développement dans le monde, intitulé *Investir dans la santé*, puis en 1994, avec sa publication *Pour une meilleure santé en Afrique*.

2 La création de ces programmes verticaux, isolés du champ sanitaire national, répondait à un double souci d'efficacité : un nouveau problème d'une telle ampleur nécessitait un interlocuteur national unique et d'un poids décisionnel conséquent. Cela permettait en outre de centraliser les crédits considérables dévolus, dès l'origine, par l'OMS, sans risquer de les voir se diluer dans « le magma informe qui caractérise la plupart des ministères de la santé », pour reprendre une expression d'un expert international en santé publique en Afrique centrale. Il est à noter d'ailleurs que l'intégration progressive des PNLS au sein de l'administration générale de la Santé des pays étudiés sera initiée au moment de la baisse des financements étrangers pour cette lutte.

confusion qui s'est développée entre programme et projet. En tant que programmes, ils avaient à répondre à une dynamique propre à l'administration, de coordination, d'établissement de politique générale, de régulation (comme toute émanation de l'appareil d'État). Mais ne recevant pas ou guère de fonds publics des États, et financés toujours davantage par des bailleurs de fonds étrangers aux pays pour réaliser des tâches particulières, ils fonctionnaient surtout comme projets. Un seul et même acteur avait donc à résoudre la contradiction inhérente entre le projet à court terme, avec des objectifs précis et limités dans le temps, et des financements spécifiques à chaque opération, et la mission nationale de coordination et de régulation.

Cette situation s'est trouvée accentuée par la nouvelle donne organisationnelle insufflée par les bailleurs de fonds pour lutter contre le relatif isolement des programmes de lutte au sein des systèmes sanitaires nationaux, nouvelle donne ayant bouleversé les agendas des PNLS dès la première moitié des années quatre-vingt dix. Ce revirement fait suite aux premières revues externes défavorables des Plans à Moyen Terme. C'est ainsi que sont mis à l'index la centralisation et la verticalité trop poussées des programmes¹. Si nous prenons l'exemple du Congo, une telle réforme s'inscrit dans le cadre plus global de la nouvelle loi sanitaire, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), votée en avril 1992. Le PNDS était défini autour de deux principaux axes : l'intégration et la décentralisation des activités sanitaires. Il s'agissait alors d'intégrer le PNLS dans ce nouveau cadre, en le rattachant non plus au cabinet du ministre de la Santé mais à la DGSP. Les réticences à fondre le PNLS congolais dans l'administration générale de la santé furent d'autant plus extrêmes, que cette mesure coïncidait avec la suppression de l'appui du GPA ("*Global programme on AIDS*", programme mondial de l'OMS de lutte contre le sida en vigueur jusqu'en 1996, c'est-à-dire jusqu'à la mise en place de l'ONUSIDA) au fonctionnement institutionnel des PNLS : ceux-ci ne disposent plus par conséquent de financements *a priori*, mais doivent proposer des projets. Dans le même temps, les programmes régionaux de lutte contre le sida devaient se développer conformément à la nouvelle loi sanitaire, axée sur la décentralisation et l'autonomie – au moins partielle – des structures de soins grâce au recouvrement des coûts. Or, sous ce prétexte de décentralisation, les programmes régionaux furent totalement délaissés. C'est ainsi que le Programme Régional de Lutte contre le Sida de Pointe-Noire, ville portuaire de 600 000 habitants, avec un taux de séroprévalence supérieur à celui de la capitale, Brazzaville, avait pour unique modalité de financement, les recettes issues de la vente des préservatifs donnés par l'OMS au PNLS congolais². Du fait de ce dénuement extrême des programmes régionaux, le programme national restait le maître d'œuvre de tous les projets sur le sida dans le pays. Ici, décentralisation et autonomisation des structures se sont surtout traduites par l'autonomisation du niveau central qui a pu, en toute conformité avec le nouveau contexte défini, renforcer son pouvoir au détriment des structures périphériques. C'est ainsi qu'un programme national déjà très "verticalisé" et peu intégré au système de santé, a pu

¹ Cette critique, aussi justifiée soit-elle, n'en est pas moins surprenante alors que ce sont les bailleurs, et en tout premier lieu l'OMS, qui sont à l'origine des caractéristiques des structures de lutte contre le sida en Afrique (cf. Fassin, 1994a).

² Avec ce PRLS de Pointe-Noire, nous nous trouvons devant un exemple particulièrement illustratif de deux logiques antagonistes : une logique de santé publique, de prévention qui peut avoir comme fondement une politique de vente des préservatifs à un prix le plus minime possible, si ce n'est la gratuité totale ; et une logique budgétaire qui se base sur l'élaboration d'un prix de vente des préservatifs suffisamment rémunérateur pour permettre la survie opérationnelle du PRLS et des activités qu'il mène dans la prévention et l'EC en particulier.

s'autonomiser encore un peu plus au sein de l'administration de la Santé tout en captant l'essentiel des fonds encore disponibles en tant que représentation nationale. Alors que les discours officiels ne cessaient de clamer que le sida devait être l'affaire de tous, qu'il devait faire l'objet d'initiatives intersectorielles, on a pu aboutir à la situation congolaise d'accélération d'une dynamique centripète.

Parallèlement, la conduite des programmes nationaux a été travaillée par des logiques professionnelles largement tournées vers l'étranger. Dans un certain nombre de pays d'Afrique, des professeurs de médecine se sont très tôt intéressés à la question du sida et ont souvent été à l'origine des premiers Comités nationaux. Cependant, soit ils n'ont pas pris, par la suite, la direction des Programmes nationaux (exemple du Congo ou du Sénégal) soit ils l'ont quittée après quelques années de manière volontaire ou sur décision du ministère de la Santé (exemple du Cameroun et de la Côte-d'Ivoire). En sorte que la direction des Programmes est généralement revenue à des médecins, ayant souvent reçu une formation (même rapide) en santé publique en plus de leur spécialité, rompant ainsi quelque peu avec le modèle curatif prédominant. Reste que les perspectives de carrière universitaire, selon le modèle de promotion passant par l'accès au statut de chef d'un service hospitalier et l'agrégation, étaient réduites pour ceux s'impliquant totalement dans la lutte contre le sida. Cependant, la place particulière accordée aux dispositifs nationaux de lutte contre la maladie pouvait ouvrir d'autres horizons, en particulier internationaux. Une incitation venue de l'étranger, une place difficile à trouver dans le paysage médical national, une légitimité qui se renforce à mesure d'une participation accrue aux réseaux internationaux, une lutte contre une pathologie qui n'émerge pas toujours franchement cause nationale et publique apparaissent comme autant de facteurs faisant que l'insertion dans ces mêmes réseaux internationaux soit constituée en une perspective professionnelle, qu'il s'agisse pour certains professeurs de prendre la tête de réseaux ou de représentations locales d'ONG internationales ou qu'il s'agisse pour certains médecins d'intégrer des équipes étrangères, les uns et les autres pouvant ultérieurement rejoindre le GPA puis ONUSIDA. Dans une situation où les PNLS sont soutenus presque uniquement par des bailleurs étrangers au pays, et où la parole politique qui se fait principalement entendre émane du plus haut niveau et est surtout préoccupée de l'image à donner du pays à l'extérieur, de manière très cohérente, les spécialistes du sida en Afrique se sont alors volontiers tournés vers l'extérieur pour asseoir leur légitimité, voire leur carrière.

Dans le contexte du milieu des années 1980 qui virent la naissance des PNLS, l'accent mis d'emblée sur la surveillance épidémiologique et l'IEC parmi leurs attributions pouvait faire figure de nouveauté, principalement dans les pays francophones plus sensibles à une culture de la "médecine curative" qu'à la prévention et aux préoccupations de santé publique. En effet, ces programmes avaient et ont souvent pour tâche de centraliser, voire de produire de l'information relative à la progression de l'épidémie dans le pays (enquêtes spécifiques, recueil et traitement de l'information provenant notamment des postes sentinelle, *etc.*). Parallèlement, le volet "Information, Éducation, Communication" (IEC) a été particulièrement mis en avant : élaboration et mise à disposition de supports pédagogiques et d'information, organisation de la distribution des préservatifs à prix réduit, coordination et promotion des campagnes d'IEC dans différents secteurs de la société (auprès des établissements scolaires, des transporteurs, des prostituées, des ONG et associations, *etc.*), formation des personnels de santé à l'histoire naturelle de la maladie et au conseil. C'est également sous l'égide des PNLS, qui recevaient jusqu'au début des années 1990 des

financements de l'OMS destinés à l'appui institutionnel, que sont fixés les objectifs à atteindre et les programmes à réaliser ayant pris pour noms " plans intérimaires " ou " plans à moyen terme ". Reste que l'évolution des PNLS, peu intégrés au système de santé, dotés de financements et d'équipements propres importants, a très certainement contribué à constituer ces programmes en lieux du monopole du savoir et du pouvoir contre sida dans les pays, avec les réticences, les incompréhensions et les concurrences qu'une telle situation peut susciter.

Dans des systèmes de santé en crise, la situation des PNLS pouvait apparaître par trop privilégiée, ce qui a pu créer des tensions ou du moins faire naître un certain désintérêt pour la lutte contre le sida dans les autres services liés aux ministères de la Santé. Dans les structures publiques périphériques, dont les personnels sont parfois payés irrégulièrement et ont des salaires peu élevés, ne disposant le plus souvent ni des matériels de base (eau de javel, produits antiseptiques, seringues à usage unique, *etc.*), ni des médicaments pour combattre les pathologies les plus fréquentes (paludisme, diarrhée, problèmes respiratoires), il était peu concevable de prendre en compte l'hypothèse de l'infection par le VIH au cours du traitement des patients. Bien souvent l'hypothèse du sida n'était même pas envisagée en cas de transfusion : face à une anémie grave, à la pression de l'entourage familiale du patient et à la difficulté de collecter des poches de sang dans une petite structure, des transfusions étaient pratiquées sans aucune possibilité de prise en compte du risque de transmission de l'infection. Cette prise en compte se révélait d'autant moins envisageable que l'on connaissait par ailleurs l'existence d'un programme spécialisé et bien pourvu : " pourquoi m'occuperai-je de sida dans ma petite structure qui n'a même pas de chloroquine dans sa pharmacie, alors même qu'il existe un programme spécialisé dans le domaine et doté de tous les moyens ? " ; tel était le type de raisonnement que l'on pouvait entendre dans des structures périphériques. Cependant, ce type de raisonnement n'amenait pas toujours pour autant les structures périphériques, voire même les services hospitaliers, à référer les patients présentant des signes cliniques évocateurs de la maladie aux spécialistes. Tout d'abord, dans la concurrence qui peut caractériser les relations entre différents services, référer pourrait signifier un aveu d'incompétence ou de sous-équipement ou encore représenter un risque de dévoilement de la nature de la maladie. Par ailleurs, en l'absence de toute possibilité de traitement de fond de la maladie, il ne peut alors s'agir que d'endiguer les principales manifestations de l'infection avec des traitements bien connus, et il n'est alors nul besoin d'un spécialiste. Or, dans le même temps, ce système produisait des spécialistes du sida de tout statut (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) qui en raison des formations particulières acquises, et de la difficulté du travail, ont pu formuler des revendications, tant statutaires que salariales, pour être distingués des autres personnels travaillant dans des domaines plus habituels.

L'ambiguïté des relations entre les personnels de santé en général et les représentants des Programmes nationaux a sans doute été accentuée du fait que ces derniers ont été amenés à s'adonner, non seulement aux fonctions attribuées aux PNLS (coordination des activités, IEC, surveillance épidémiologique), peu valorisées dans le monde médical, mais aussi au traitement des patients, parfois dans les locaux mêmes des programmes. Il est bien naturel que des médecins, même s'ils ont la charge d'une instance de coordination, aient le désir de prendre une part active au traitement des malades dans les quelques structures équipées à cet effet. Cependant, les consultations et les traitements en sont venus à être pratiqués au titre des PNLS qui se positionnaient alors ainsi comme structure de référence des malades. Bientôt certains PNLS devinrent les maîtres d'œuvre de la mise en place de consultations spécialisées,

parfois dans des bâtiments spécifiques. Conjugée au statut exceptionnel de programmes, situés en dehors de l'administration de la Santé et soutenus par des instances étrangères au pays, cette situation a pu aboutir, par exemple au Congo, à la mise en place d'une structure spécialisée de prise en charge au sein de la principale structure hospitalière du pays, soutenue financièrement par des agences de coopération, bénéficiant de la collaboration de techniciens expatriés et d'experts du Nord, recrutant des personnels, et qui n'avait pourtant aucune existence légale et ne figurait pas dans l'organigramme de l'hôpital. Cette structure de prise en charge, médicale, et sa duplication, étaient devenues la préoccupation majeure du PNLS Congo. Certes, peut-on débattre de la légitimité d'une option en faveur de structures spécialisées seules susceptibles d'offrir une prise en charge satisfaisante des personnes atteintes, surtout dans le paysage sanitaire africain où les structures généralistes, voire même certains services hospitaliers, sont totalement déficients. On peut aussi défendre la priorité ainsi accordée à la prise en charge par rapport à la seule prévention qui a peut-être par trop mobilisé les énergies dans les initiatives de lutte contre le sida. Cependant on peut aussi se demander s'il était dans la fonction d'un PNLS de privilégier l'option curative, car, en matière de prise en charge, c'est pour l'essentiel de prise en charge médicale dont il s'agissait, face aux difficultés à organiser des visites à domicile, par exemple, ou à assurer un soutien aux familles des malades.

Par contraste, les PNLS semblent avoir été peu concernés par l'édition de mesures ou recommandations précises sur les aspects les plus techniques de la lutte contre la maladie. Dans des contextes où, selon les discours dominants sur la situation en Afrique noire au début de l'épidémie, il n'y avait de transmission de l'infection par le VIH en Afrique que par voie hétérosexuelle et, accessoirement, par instrument souillé (instruments utilisés dans les pratiques traditionnelles et seringues, pour l'essentiel)¹ et où les problèmes liés à la transfusion sont souvent réduits à la mise en place d'un dispositif purement technique visant à éliminer des poches de sang contaminé à partir des banques de sang² *a priori* nullement concernées par des actions de santé publique et de prévention, la question du risque de transmission du VIH par transfusion n'a guère donné lieu, au sein des différents pays, à une réflexion propre des PNLS ni à concertation entre services administratifs pour l'adoption de mesures communes ni n'a conduit à une interrogation plus large sur la gestion des risques dans l'ensemble de la société. Or si l'on considère l'absence d'équipements des structures périphériques (dont certaines pratiquent la transfusion, les anémies conduisant les personnels de santé à recourir assez facilement à la transfusion) et l'existence de situations où l'on rencontre des "donneurs professionnels" (personnes rémunérées par des parents de patients pour aller donner leur sang), la gestion du risque de contamination par transfusion sanguine en Afrique pose des questions à la prévention qui dépassent largement le seul geste technique d'élimination des poches de sang contaminé. Quant au dépistage³, même si les membres de programmes nationaux participaient régulièrement à des conférences internationales et

1 Même si aujourd'hui la situation a évolué, envisager d'autres modes de transmission que la voie hétérosexuelle reste encore peu à l'ordre du jour en Afrique. Les instances internationales ont mis un certain temps à réagir sur les risques de transmission par l'allaitement maternel, et la transmission par voie homosexuelle ou par injection de drogues reste encore un domaine largement inexploré pour le continent africain (alors que nombre de recherches sont menées sur ces questions en Asie).

2 Pendant longtemps, en Afrique, les banques de sang étaient les seules à disposer régulièrement de tests de dépistage, aussi les services hospitaliers recouraient régulièrement à celles-ci pour le dépistage.

3 Sur les conditions de dépistage en Afrique, on pourra se reporter à Desclaux & Raynaud (1997).

panafricaines qui, parmi leurs résolutions, rappelaient la nécessité d'un dépistage après "consentement éclairé", dans les pays, la pratique du test à l'insu ou encore l'absence de contrôles de qualité perduraient dans certaines structures sans qu'il y ait pour autant des prises de position technique des instances nationales régissant la lutte contre le sida. D'une manière générale, des objets comme le dépistage et la transfusion – qui ont donné lieu à des débats publics très politisés en Europe – n'ont guère été inscrits en tant que tels dans les agendas des PNLS.

Si tous les PNLS ont été créés peu ou prou dans les mêmes conditions, même si tous les dispositifs nationaux de lutte contre le sida en Afrique ont pu souffrir d'une verticalité trop importante, ainsi que de la tentation d'une approche strictement médicale, ces structures ont pu néanmoins connaître des évolutions particulières selon les contextes. Dans le cas du Congo, près de trente ans de régime "socialiste", ayant notamment reposé sur la mise en place d'un parti unique, ont incontestablement marqué les institutions et leurs représentants ; la "culture du centralisme démocratique" est demeurée bien présente, même après la fin du parti unique en 1990, et concevoir alors une initiative à vocation nationale ou régionale en dehors du contrôle strict par une structure de l'appareil d'État (représentée ici par le PNLS) était difficilement envisageable. Au contraire, dans le cas du Sénégal, perçu comme une "vitrine de la démocratie" en Afrique, le PNLS a développé une stratégie de "dialogue politique" ouvert aux "leaders" comme aux "communautés", cela en développant par ailleurs une approche "intégrée" de la lutte contre le sida et en s'orientant dès sa création vers la lutte contre les MST, témoignant ainsi *a priori* de son caractère intersectoriel. Au Kenya, les quelques informations recueillies tendent à montrer que le programme national est loin de tout vouloir régir. L'orientation médicale est très présente puisque l'autorisation du National Aids Control Programme est requise pour tout essai clinique et thérapeutique. Cependant, il semble qu'à l'inverse des situations constatées en Afrique francophone, où nul projet relatif au sida, quel qu'en soit le domaine d'application (médical, mais aussi économique, social, etc.) ne saurait être mené sans l'aval des PNLS, toute initiative autre que celle concernant les deux domaines cités peut être menée librement ; et de très nombreuses initiatives sont développées à l'échelle locale et régionale. Dans ce pays, c'est davantage au niveau du district qu'au niveau national que la pesanteur de la centralisation est perceptible.

Dès lors, les orientations privilégiées prises par les différents programmes de lutte contre le sida doivent être replacées dans les "cultures politiques" globales de chacun des pays, étant entendu que tous les programmes, encore une fois créés en fonction du même modèle GPA/OMS, sont confrontés aux effets de leur singularité nationale et d'une légitimité largement fondée sur les soutiens extérieurs aux pays – des agences de coopération bilatérales et multilatérales – et qui en font très largement des structures "extraverties". Il ne saurait évidemment être question ici d'envisager les différentes "cultures politiques" des pays étudiés. Cependant, il est une question que nous sommes en mesure de poser – sans pour autant avoir la prétention d'y répondre totalement : entre le discours des chefs d'État et celui des techniciens des programmes nationaux, existe-t-il des espaces discursifs où le sida pourrait se constituer en objet public ?

Faire du sida un problème public

La lutte contre l'épidémie, en Afrique subsaharienne, fait intervenir une multitude d'acteurs, ressortissant au pôle étatique (chefs d'État, PNLs), à la coopération internationale (organisations internationales, institutions financières, agences de coopération bilatérale), aux ONG du Nord, aux groupes dits communautaires (ONG et associations) ; elle met en relation des professionnels du monde médical et des associations locales de jeunes, de femmes, des groupements confessionnels, de plus en plus directement en relation avec le niveau international. Les émissions de radio, de télévision, les débats dans les lieux publics à destination des très jeunes et des moins jeunes, les placards publicitaires fleurissent, du moins dans les grandes villes, et il apparaît à l'observateur que les citoyens africains de tous âges sont souvent mieux informés de l'histoire naturelle de la maladie, des modalités de transmission et des manières d'éviter la contamination que leurs homologues français, par exemple¹. Cependant, en dépit du nombre et de la variété des acteurs impliqués, à tous les niveaux de la Nation, et de l'importance de l'information, un sentiment demeure de non-appropriation du " problème sida " par les " communautés ", d'absence de débat public sur la question.

Éliminons d'emblée les explications de type culturaliste qui attribueraient cet état de fait, soit à la prégnance des interprétations " traditionnelles " (persécutives) de la maladie dans les sociétés africaines et qui seraient alors un frein à la prise de conscience de la réalité de la contamination par voie sanguine et sexuelle, soit à l'absolue altérité d'une maladie définie " de l'extérieur " et qui la rendrait par là même peu propice à en faire une " maladie africaine ". Sur le premier point, la prégnance de l'interprétation persécutive de la maladie vaut pour toutes les pathologies et, en soi, ne constitue pas nécessairement un obstacle à la reconnaissance de la validité des interprétations scientifiques d'une maladie : dans la logique des interprétations persécutives de la maladie, il n'y a nulle incompatibilité, par exemple, entre la connaissance de la transmission du plasmodium par l'anophèle et l'agression sorcellaire. Cela est également valable pour le sida. Quant au second point, même si certains fantasmes ont pu se développer au début de l'épidémie², on peut constater aujourd'hui une intériorisation telle de la crainte du sida que le moindre amaigrissement, ou la moindre diarrhée ou fièvre prolongée, pour peu qu'ils donnent lieu à une consultation dans un service spécialisé réputé accueillir des personnes infectées par le VIH/sida, sont rapidement attribués au sida. L'explication d'une faible appropriation individuelle du sida nous semble bien plutôt à rechercher dans la place minorée par les individus du risque d'infection par le VIH parmi l'ensemble des risques encourus (exposition à d'autres pathologies plus virulentes, risques de stigmatisation, d'exclusion, d'abandon liés à l'hypothèse du sida que peut évoquer l'insistance à vouloir utiliser un préservatif, etc.).

Revenons à la question du débat public, ou plus exactement aux discours non strictement techniques dans lesquels le problème du sida est évoqué. Tout d'abord, les techniciens eux-mêmes, en particulier les médecins, ont un discours sur les valeurs et contextes nationaux

1 A-t-on souvent vu sur un marché français, des démonstrations d'utilisation des préservatifs avec phallus en bois à l'appui, ou encore des campagnes de sensibilisation à l'utilisation des préservatifs dans les collèges ?

2 Rappelons le " Syndrome imaginaire pour décourager les amoureux " ou la thèse du virus expérimental échappé d'un laboratoire américain.

dans lesquels l'épidémie se développe, laissant transparaître un souci d'affirmation de l'identité nationale. En particulier, discours politiques et discours techniques peuvent être enclins à faire du sida un emblème du désordre social. Ainsi, l'ancien Président congolais P. Lissouba, se drapant dans l'habit de sa formation scientifique initiale¹, se plaisait-il à évoquer régulièrement le sida dans ses entretiens à la presse étrangère et, dans des déclarations fracassantes, n'hésitait-il pas à faire du sida l'élément emblématique des désordres sociaux et surtout politiques qu'avaient connus son pays : à la fin de l'année 1994, faisant le tour des arrondissements de Brazzaville en compagnie du principal leader de l'opposition dans une entreprise de "pacification" après la première guerre civile qui secoua la capitale en 1993, il proposait l'équation "sida, plus armes, plus drogue, égal Rwanda". Dans ce contexte, les techniciens à la tête des Programmes nationaux (eux-mêmes proches de la classe politique dans certains cas au moins) paraissent construire un discours dans lequel si le malade a des droits et doit être accepté, non stigmatisé, *etc.*, la personne – infectée – est coupable.

Au Sénégal, les techniciens engagés dans la lutte contre le sida considèrent exemplaire la stratégie de prévention adoptée au vu du faible taux de prévalence dans le pays, stratégie ayant joué à la fois d'une valorisation nationale aux accents religieux et culturalistes (faisant de la pratique de l'islam et de l'implication des imam comme de la fréquence de la circoncision des éléments explicatifs de la faible prévalence) et de la stigmatisation de certains "groupes à risque", notamment les prostituées, fondée en l'occurrence sur l'existence d'une réglementation de la prostitution. Ce faisant, ces techniciens puisent dans une culture politique sénégalaise partie intégrante de la construction de l'État colonial et post-colonial prenant prioritairement appui sur l'espace wolof, dans un processus de "wolofisation" de la société, au détriment d'autres espaces, marginalisés tant économiquement que politiquement, et s'accompagnant de la désignation de certaines marges, en particulier de certains groupes sociaux urbains à l'endroit desquels les pouvoirs publics ont développé une politique répressive. Dans ce contexte où l'accent a été mis sur la "prévention morale" des comportements à risque, la question de la "moralisation" des associations de personnes vivant avec le VIH est aujourd'hui récurrente : si le PNLs se prévaut d'une non-stigmatisation des personnes atteintes, celles-ci n'en sont pas moins vues comme marginales, étant, de fait, socialement marginalisées.

On comprend alors que les propositions des techniciens aux politiques n'aillent pas toujours dans le sens d'une meilleure acceptation des personnes atteintes, vues comme potentiellement "contaminantes". Ainsi, en Côte-d'Ivoire, le projet de loi relatif à la garantie des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et à leur prise en charge propose les mesures suivantes :

- Dépistage : consentement obligatoire, résultat rendu sous pli fermé ;
- Pratiques coutumières à risque (excision, pédophilie, etc.) interdites ;
- Confidentialité : déclaration obligatoire du diagnostic ;
- Procréation : avortement thérapeutique autorisé pour les femmes infectées par le VIH ;
- Mariage : avant le mariage, la personne infectée doit informer son partenaire au risque d'une possible annulation ultérieure du mariage ;

¹ D'ailleurs, le titre dont il se réclamait, et qui figurait sur les photographies officielles, était celui de "Professeur".

- Assurance : l'assureur peut demander une augmentation de prime en cas de souscription d'une assurance-vie par une personne atteinte¹.

La présentation de ce projet de loi à l'occasion de la X^e CISMA a suscité de vifs débats. Parmi les intervenants, un juriste a pris notamment la défense de la proposition relative au mariage en précisant les points suivants : le mariage est un contrat ; tout contrat peut être annulé pour vice de forme ; ne pas informer son partenaire de son statut sérologique équivaut au non-respect du contrat, donc l'annulation du mariage est valide. La transmission, est ainsi assimilée à une faute, parfois y compris parmi des membres des réseaux en charge d'éthique. Par exemple, à la suite de la création du réseau africain "Éthique, droit et VIH/sida" en 1994 à Dakar, la section centrafricaine du réseau se met en place en 1995 en se préoccupant tout particulièrement des dispositions juridiques à prendre en cas de "contamination volontaire". Le présentateur de l'initiative centrafricaine, toujours à la X^e CISMA, justifie une telle préoccupation à partir d'arguments déontologique et juridique : le non-respect de la confidentialité peut être un devoir dans la mesure où un des principes médicaux majeurs est "ne pas nuire", dès lors, ne pas informer un tiers de la séropositivité d'un patient équivaut donc à nuire à autrui ; par ailleurs, il a été rappelé, reprenant l'exemple du Droit français, qu'exposer autrui à un risque de mort ou de blessure (ici, en raison de sa séropositivité) entraîne une condamnation pouvant aller jusqu'à un an de prison et 100 000 F d'amende. Et pour illustrer l'intervention des juristes du réseau centrafricain sur l'éthique, l'exemple suivant fut donné : une femme d'un ménage polygame, malade, voit successivement mourir son enfant et une de ses co-épouses ; la femme en question fait un test VIH et se révèle infectée ; elle se tourne alors vers un centre spécialisé qui l'adresse aux représentants nationaux du Réseau éthique, droit et VIH/sida ; les juristes du réseau l'aident alors à porter plainte contre son mari et, conformément aux règles du réseau, subvient aux frais de justice de la femme infectée². Si, nécessairement, les techniciens engagés dans la lutte contre le sida ont à prendre position sur des aspects non médicaux, le paradoxe est que de tels sujets, hautement polémiques, objets de tous les débats, du moins dans les cercles spécialisés où s'élaborent les prises de décision et où se rencontrent les acteurs politiques et technico-administratifs, semblent ainsi faire l'objet d'appréciations définitives – sans controverse – de la part de ceux-là même qui sont censés défendre l'éthique.

C'est peut-être dans le monde de l'économie en général, et du travail en particulier, que pourrait se développer une controverse, un débat, dus à des enjeux contradictoires entre le risque de perte de productivité lié à l'infection à VIH, qui requiert sa prise en compte en tant que telle, et la tentation de cacher (aux salariés, mais aussi aux autres acteurs économiques) la réalité de la maladie de son secteur. Signe peut-être prémonitoire de l'impulsion donnée par le secteur économique à l'émergence d'un débat, un des principaux acteurs de la lutte internationale de la lutte contre le sida est désormais la Banque Mondiale, qui n'est pas soumis au régime des Nations Unies, qui a comme chacun sait des exigences de développement économique, alors que le Bureau International du Travail, pour sa part intégré au système des Nations Unies, ne fait pas partie d'ONUSIDA ; ainsi, dans le secteur

¹ Cf. D. Cissé et al., Communication sur une proposition de loi soumise au Conseil des ministres et à l'Assemblée nationale ivoiriens à la X^e CISMA, Abidjan, décembre 1997, session 33.

² B. Balipo-Guino, A. Samba. "Réseau centrafricain sur l'éthique, le droit et le VIH/sida", X^e CISMA, Abidjan, décembre 1997, session 33.

économique, c'est donc un acteur essentiel de la rationalité économique (la Banque Mondiale) qui a pris le pas sur un acteur plus " administratif " (le BIT).

Actuellement, en Côte-d'Ivoire, la question de l'infection par le VIH commence à se poser aux entreprises. A l'occasion de la X^e CISMA, des critiques se sont élevées contre les tests de dépistage à l'insu de certains entrepreneurs. En particulier, des dépistages sont parfois effectués à l'embauche, ou à l'occasion de consultations de médecine du travail, et certains médecins du travail en communiquent les résultats à l'employeur ; le travailleur alors jugé " inapte " n'est pas recruté ou est licencié. Pour éviter une condamnation pour licenciement abusif, l'entrepreneur invoque une raison autre que médicale, et le travailleur et le Parquet n'ont alors plus d'autre choix qu'une longue procédure pour prouver le licenciement abusif, au risque, bien évidemment pour le plaignant, d'un dévoilement de la nature de son infection au grand jour¹. Cependant, toujours en Côte-d'Ivoire, certaines entreprises semblent réellement se préoccuper de la question, comme le suggère un récent travail sur le coût de l'infection par le VIH sida dans trois entreprises d'Abidjan². La disponibilité croissante des antirétroviraux en Afrique va peut-être exacerber la question, les grandes entreprises implantées en Afrique disposant souvent de leur propre système d'assurance-maladie, voire de leurs propres centres médicaux ; aussi dans un paysage sanitaire où les systèmes de prévoyance sociale nationaux sont en banqueroute et où les structures de soins publiques sont défaillantes, ce sont surtout les salariés des grandes entreprises privées (et leurs ayants droit) qui bénéficient d'une couverture médicale.

La question de l'accessibilité aux antirétroviraux risque également de faire émerger un débat dans l'organisation du travail dans le secteur public. Ainsi, dans nombre de structures de soins, le risque de contamination est élevé pour les personnels de santé, et les décès sont parfois suffisamment nombreux pour que, dans certains pays tels que la Zambie, une pénurie de personnel infirmier qualifié ait été constatée³. De telles situations exigeront alors sans doute de prendre aussi la décision de rendre l'AZT accessible aux personnels de santé afin de prévenir les accidents d'exposition au sang, condition qui pourra parfois apparaître nécessaire pour assurer la continuité des soins dans certaines structures. Dans le privé comme dans le public, la question du maintien des personnels au travail grâce à la disponibilité des antirétroviraux, avec ce que cela suppose (en termes économique et organisationnel) de mise en place d'une chaîne dépistage-traitement-suivi, et de choix (être une entreprise pionnière ou une entreprise étiquetée " sida " ; prévoir de l'AZT aussi pour les personnels de santé et non seulement pour les femmes enceintes, par exemple) pourrait constituer un objet de débat entre des techniciens de la lutte contre le sida (pour établir les risques - *risk assessment*), des acteurs de la " société civile " (par exemple les chefs d'entreprise), et le " législateur " (pour définir les règles d'accès aux antirétroviraux).

Les évolutions récentes au Cameroun tendent quant à elles à montrer une amorce de " politisation " de la question du sida " par le haut ". En effet, les évolutions de la vie politique camerounaises depuis 1997 font apparaître les premières tensions interministérielles

1 Cf. G. Kodéhi et al., " Problèmes d'ordre légal et éthique liés à la législation du travail en Côte-d'Ivoire ", Réseau ivoirien sur l'éthique, le droit et le VIH/sida. Côte d'Ivoire, X^e CISMA. Abidjan, décembre 1997. session 33 " Législation et VIH/SIDA/MST ".

2 Cf. Aventin, 1998.

3 Cf. Foster S., Buvé A., Mbwili C., Zeko M., Mungo E., " Faire face à la disparition des infirmières due à l'épidémie de sida en Zambie ", *Lettre de Sociétés d'Afrique et sida*, 18, 1997.

à propos du sida. Le 7 décembre 1997 le Président P. Biya a procédé à un très large remaniement ministériel. Deux des nouveaux ministres vont manifester un début de désaccord. Ce conflit larvé oppose le ministre de la Recherche scientifique, Henri Hogbe Nlend, et son homologue de la Santé publique, Gottlieb Mouekosso. Le premier, membre de l'opposition intégré à la "majorité présidentielle" revendique le "monopole" de la recherche scientifique, y compris celle concernant le sida. Le second a réorganisé le PNLS, désormais dirigé par quatre conseillers de même rang, de telle sorte que, pour la première fois au Cameroun, l'on puisse penser que le "numéro un" de la lutte contre le sida est le ministre de la Santé ; jusqu'à présent ce rôle était dévolu aux directeurs successifs du PNLS. C'est donc par l'entremise des vicissitudes politiques à l'intérieur du gouvernement que la question du sida commence à se politiser au Cameroun. Ce processus de "politisation" ne peut s'intégrer à aucun modèle pré-construit de mobilisation collective. La réappropriation du thème du sida par la "société civile" n'est donc pas une condition suffisante pour politiser le débat. Comme tous les processus de mobilisation collective ou de mouvement social, l'évolution du débat est inhérente à des facteurs que l'on ne connaît qu'empiriquement. "L'affaire du sang contaminé" est française ; on ne saurait en déduire que les mêmes causes (transmission du VIH par transfusion sanguine) n'ont pas existé. Le propre des mobilisations collectives n'est-il pas que "les mêmes causes ne provoquent pas nécessairement les mêmes effets" ?

Le fait que cette "politisation" paraisse commencer de s'effectuer par "le haut" n'empêche pas une pression embryonnaire de se manifester par "le bas". Un des facteurs qui semblent aussi avoir conditionné le changement à la tête du PNLS est le mécontentement des associations et ONG qui ont fait part de leurs récriminations au ministre fin 1998. Quelques mois auparavant, il aurait été difficile d'imaginer qu'un "collectif d'associations et ONG" puisse voir le jour au Cameroun. Il aurait été encore plus ardu de prévoir que ce collectif ait suffisamment de cohérence dans sa réaction pour faire "déborder le vase" des petites animosités accumulées entre l'ancien directeur du PNLS et les acteurs associatifs. De fait, reconnaître le caractère embryonnaire de "la société civile" face au sida est une réalité qui ne nous permet pas d'anticiper sur son devenir. La conjonction des facteurs qui président à la mobilisation étatique et "civile" (enjeux internationaux, réseaux transnationaux, politique locale, agents de l'État, responsables d'ONG, etc.) incite plutôt à tenir compte de la lutte contre le sida dans un contexte de dynamiques multiples et évolutives. S'il a été souligné il y a quelque temps que le sida est un « révélateur » de dynamiques sociales, rappelons aussi qu'il a été précisé que le sida est également un "agent" de ces dynamiques².

La place des ONG et associations

Qu'en est-il, plus généralement, de la place des instances considérées comme les acteurs par excellence de la société civile que sont les ONG et associations dans le débat national ? Dès lors que les responsables politiques, hormis les chefs d'État, étaient peu enclins à s'engager sur le terrain du sida, que les responsables des services publics sont engagés dans un processus général de délégitimation à l'instar de l'ensemble des instances de l'appareil d'État, que les techniciens de la lutte contre le sida ont une légitimité, pour l'essentiel, liée aux pays

1 Cf. Birnbaum & Lecca, 1991 ; Boudon, 1984 ; Neveu, 1996 ; Touraine, 1973 et 1984 ; Wieviorka, 1995.

2 Cf. Raynaut & Muhongayire, 1993 ; Raynaut, 1996.

du Nord et ont parfois des certitudes qui n'engagent alors guère au débat, on peut se demander dans quelle mesure le sida pouvait devenir un objet dans un espace public construit par des ONG et associations nationales dont l'émergence et le développement n'ont été parfois favorisés qu'avec le processus de démocratisation engagé sur le continent à partir de la fin des années quatre-vingts.

En fait de société civile, il apparaît souvent que le mouvement associatif est particulièrement lié à la " société politique ". Reprenons le cas, certes un peu extrême du Congo (Brazzaville), qui rappelons-le, jusqu'en 1990 était soumis à un régime de parti unique calqué sur le modèle soviétique. Jusqu'à cette période, on peut dire que le droit d'association n'était pas entièrement libre : nombre de groupements, par exemple, d'obédience religieuse, avaient peine à se faire reconnaître officiellement dans un régime marxiste, et, il convenait la plupart du temps que les rares associations soient liées, directement ou indirectement, à une des instances du Parti-État. Par exemple, il n'était guère envisageable qu'un regroupement de jeunes ou de femmes existe indépendamment des " organisations de masse " du Parti qu'étaient l'Union des jeunesses socialistes congolaises (l'UJSC) ou l'Union révolutionnaire des femmes du Congo (l'URFC). Au Congo, mais aussi au Kenya, par exemple, il n'existait pas de " société civile " en dehors de l'État, si l'on peut dire¹ : le Président Kenyatta avait ainsi développé les *harambee*, regroupements le plus souvent établis en milieu rural et sur lesquels devaient reposer le développement au niveau local.

Aussi, l'appareil d'État, qui se confondait avec l'appareil du Parti le plus souvent, disposait d'instances qui quadrillaient l'ensemble du pays et offraient ainsi des possibilités d'encadrement et de mobilisation – autoritaire – à l'échelle locale. Dans le domaine du sida, au Congo, des membres de l'URFC avaient été formées à quelques techniques simples d'IEC et dotées de supports éducatifs, et s'adonnaient dans tout le pays à des campagnes de sensibilisation dans différents milieux (marchés, écoles, etc.). En outre, l'URFC, et les autres organisations de masse, travaillaient de concert avec les groupes d'action info-sida, mis en place par le PNLS congolais dans le cadre du plan triennal 1989-1991. Un groupe d'action info-sida était une petite cellule d'IEC constituée de trois personnes, d'horizons professionnels divers. Il était chargé d' " aller à la rencontre de la population partout où elle se trouvait, c'est-à-dire dans les écoles, les lieux de travail, les quartiers ". Car à la structuration des organisations de masse, s'ajoutait le maillage géographique des populations urbaines, encadrées par les comités de quartier subdivisés en comités de zones puis de blocs, le tout sous l'égide étroite du parti unique. La " démocratisation " a bien évidemment mis un terme à l'existence du Parti-État et à tous ses avatars, y compris l'URFC. Bien plus, l'URFC était devenue " politiquement incorrecte " dans un Congo démocratisé ; il était hors de question que les nouvelles autorités s'adressent encore aux représentantes d'une émanation de l'ancien parti unique pour mener des campagnes d'information sur le sida ; ne rien faire plutôt que de recourir à ces femmes formées et disposant chez elle du matériel pédagogique, mais désormais " diabolisées ", semblait parfois être la situation qui prévalait dans les localités. Cependant, il semble qu'au Kenya les *harambee*, qui ne sont plus vraiment d'actualité, ont permis d'imprimer une certaine dynamique au niveau local qui resterait encore perceptible dans le domaine des activités de lutte contre le sida dans les régions. Il est vrai, d'une part, que l'évolution politique récente du Kenya a connu une continuité certaine – alors que celle

¹ Peu ou prou, cela était (et reste vrai) pour tous les régimes autoritaires à parti unique en Afrique.

du Congo fut nettement plus chaotique, et d'autre part que les pays anglophones, dans leur fonctionnement institutionnel du moins, connaissent une capacité à la déconcentration plus importante que dans les pays de tradition francophone, toujours plus enclins à la "verticalisation".

Cependant, déconcentration, voire décentralisation, ne signifient pas nécessairement de façon contradictoire autonomie des instances locales. Toujours au Kenya, lorsqu'un organisme du Nord veut mettre en œuvre une opération par l'intermédiaire d'une association nationale, il est censé s'adresser à un service de la Présidence de la république qui lui fournira alors une liste d'ONG et associations. Même si, de l'avis de membres d'ONG nationales, la Présidence de la république kenyane n'exerce pas de censure quant à l'inscription des associations sur cette liste, on imagine volontiers les possibilités de "discrimination positive" quant au contenu de la liste fournie aux bailleurs.

L'État se donne ainsi parfois les moyens de contrôler la société civile ; bien plus, la société politique peut être largement à l'origine du développement de la société civile. Le processus de démocratisation, la crise des États, la délégitimation qui s'en est suivie (aux yeux des bailleurs du Nord), ont ouvert l'espace politique et ont permis l'éclosion de prises de parole et d'initiatives à partir de lieux très différenciés de la société. Ainsi, les conférences nationales qui se sont tenues dans nombre de pays africains au début des années 1990, qui avaient pour but de dresser le bilan des régimes autoritaires antérieurs, d'en souligner les abus et les erreurs, de jeter les bases d'une nouvelle vie politique (élaboration d'une nouvelle constitution, d'un calendrier électoral, mise en place des nouvelles instances de gouvernement et de régulation, etc.), étaient animées par les partis politiques mais surtout par des associations, groupements religieux, *etc.*¹. La présence massive d'associations, inexistantes quelques mois plus tôt, était due en partie au fait que la possibilité de prendre part à la Conférence Nationale Souveraine dépendait de l'appartenance à un groupement communautaire, qu'il soit politique, religieux ou associatif. Des associations ont aussi parfois vu le jour, dans ce contexte, dans la dépendance étroite de leaders politiques. Par exemple, il est de notoriété publique qu'à l'occasion de la Conférence nationale congolaise le parti alors au pouvoir (ex-parti unique) avait créé un très grand nombre d'associations pour siéger dans cette assemblée afin que le leader de l'ancien parti unique et président sortant, alors jugé, puisse recevoir un appui maximal. Par la suite (c'est-à-dire durant la période du régime de P. Lissouba élu en 1992), la plupart des associations caritatives laïques ayant pignon sur rue, qui toutes, peu ou prou, affichaient des préoccupations sanitaires dont la lutte contre le sida, étaient présidées par une épouse d'un leader politique (président de l'Assemblée, du Sénat, d'un parti politique, ministre, *etc.*)². Dans ces conditions, on ne peut s'empêcher de s'interroger sur le caractère "civile" des représentants de cette "société" qui se sont constitués en associations. Et ce d'autant plus que "l'aire d'intervention" des associations-fondations en question recouvrait, dans un premier temps, la circonscription électorale tenue ou désirée de leurs maris, leaders politiques, avant un hypothétique déploiement à l'échelon national. D'ailleurs, un tel déploiement, si ce n'est le maintien même des activités de base, se trouvait lié bien souvent aux aléas de la fluctuation de la carrière de ces leaders politiques et

1 Cf. Eboussi Boulaga, 1993.

2 Ce constat, qui amènerait à penser que tout était en place, au moins au Congo, pour que le sida soit inscrit à l'agenda des partis et donc fasse l'objet d'un débat politique, renforce encore la légitimité de notre interrogation d'ensemble sur la faible émergence de cette question dans le débat public.

donc à leur capacité redistributive. Une alternance politique, outre l'incidence sur leur opérationnalité financière, était également l'occasion d'une remise en cause de la légitimité d'action de ces fondations. La perte du pouvoir politique des leaders politiques "parrainant" ces fondations se répercutait dans l'affaiblissement progressif de toute influence de ces dernières sur l'appareil d'État, tourné vers d'autres représentantes de la "société civile", mieux pourvues politiquement. Si évolution il y a eu par rapport à une période antérieure (de parti unique), elle tient à la quantité, et à un passage d'une dynamique locale uniquement légitimée par l'appareil d'État, à des ONG et associations créées entre autres sous l'égide de personnels politiques avec la bienveillance de l'appareil d'État. Aussi, dans ces conditions on comprend mieux qu'en dépit d'une première observation qui atteste d'un certain dynamisme associatif qui affiche une préoccupation relative au sida, le milieu des ONG et associations nationales ne peuvent guère être le lieu de l'émergence d'un discours autonome, toujours potentiellement porteur d'une contradiction, ou du moins n'est que peu susceptible de produire un type d'acteur par nature distinct des niveaux politique et technico-administratif. Cette faible capacité d'autonomisation est d'autant plus présente que les associations, dans une grande majorité, dépendent d'autrui pour leurs capacités financières et de la mise à disposition par les PNLs des moyens techniques (boîtes à images, affiches, etc.) pour mener à bien leurs activités dans l'IEC.

Cette situation, en soi, n'obère cependant en rien les capacités du secteur associatif à se mobiliser, à mener des actions (circonscrites dans l'espace et dans le discours) dans le domaine de la lutte contre le sida. Néanmoins l'ampleur de la mobilisation en la matière semble étroitement liée à un contexte où existe déjà un dynamisme associatif. Ainsi, associations et ONG ont été plus précoces à s'impliquer dans la lutte contre le sida au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire. Dans ce pays, le mouvement est récent, bien qu'il ait pris dès ses premières manifestations un développement important ; au Sénégal, l'effervescence associative, dans laquelle le rôle joué par les confréries musulmanes n'est pas négligeable, est relativement ancienne, et le poids des associations sur la scène politique contraste nettement avec la situation de la Côte-d'Ivoire où l'État est beaucoup plus omniprésent dans les différents secteurs de la vie publique, du moins jusque dans les années quatre-vingt-dix. Que la mobilisation des associations soit plus développée dans un pays où le dynamisme du secteur associatif est plus important peut sembler relever du truisme ; mais, pour notre propos, deux conséquences sont liées à ce constat d'évidence. En premier lieu, il ne semble pas exister de rapport entre la capacité du secteur associatif à se mobiliser et l'importance de l'épidémie : rappelons que le taux de prévalence de l'infection par le VIH au Sénégal est de loin très inférieur à celui de la Côte-d'Ivoire. En second lieu, la faible propension du secteur associatif à se mobiliser dans un pays, avec ce que cela suppose de capacité d'initiative locale et autonome, s'avère être cohérent avec les conditions de production de la société civile dans le pays : si les conditions du développement du secteur associatif sont largement dépendantes de l'appareil d'État et/ou de ses représentants, alors il devient facilement compréhensible que la société ("civile") manifeste une faible capacité à se saisir (de manière indépendante) d'un problème nouveau.

Nous soulignerons pour achever notre analyse, que le secteur associatif en Afrique est sans doute d'autant moins propice à faire émerger le sida comme problème public national qu'à l'instar de certains techniciens des programmes nationaux, il est également largement engagé dans une logique d'extraversion. Pour exister, les ONG et associations œuvrant dans la lutte

contre le sida ont besoin de fonds qui, dans la situation actuelle des États africains, ne peuvent guère être espérés qu'auprès de bailleurs étrangers au pays. Aussi ONG et associations sont souvent directement en relation avec des experts du Nord, parfois parmi les plus éminents de la scène internationale ; ONG et associations sont associées alors aux débats internationaux sur les développements (techniques) les plus récents de la lutte contre la maladie ce qui leur confère une reconnaissance et une légitimité supplémentaires¹. Par ailleurs, étant donné la manière dont la lutte contre le sida a été structurée dans les différents pays, les associations doivent aussi obtenir la caution du niveau national, soit du PNLS. Aussi, contrairement à un schéma théorique où des groupements associatifs remplissent pleinement leur rôle dans la mesure où ils permettent la diffusion de l'information, de nouvelles techniques dans une dynamique descendante allant du niveau central vers la périphérie, les associations de lutte contre le sida semblent bien plutôt happées par le niveau central, voire par le niveau international, au risque évident de distendre les relations avec la périphérie, et partant avec la " communauté ".

L'exemple le plus patent de ce mouvement ascendant est celui des associations de personnes vivant avec le VIH, du moins en Afrique francophone². Certaines sont nées du souci des PNLS d'une participation de personnes atteintes francophones dans des réunions organisées par des associations anglophones déjà structurées³. Lorsque la création de telles associations n'est pas liée à une dynamique étrangère au pays, elle peut être directement générée par les Programmes nationaux qui supervisent parfois directement une partie du secteur associatif. Ainsi, alors que la première association de personnes vivant avec le VIH créée au Congo était tombée en disgrâce auprès du PNLS, celui-ci avait initié la création d'une nouvelle association. Les membres de cette nouvelle association se sentaient obligés parfois à un " devoir de réserve " à l'égard du PNLS, étant donné les liens organiques qui les liaient entre eux. De telles associations, devenues clientes des PNLS, ne disposent que de très peu d'autonomie et regroupent des membres nécessairement réservés dans leur jugement. Remarquons également que le lien entre les associations de personnes vivant avec le VIH en Afrique et les Programmes nationaux font parfois des membres de ces associations des patients privilégiés, au risque de conduire *ipso facto* ces associations de ne plus pouvoir prétendre à une quelconque représentativité de la majorité des personnes atteintes qui ont un accès limité aux traitements. Comme l'écrit Cornu à propos d'associations ivoiriennes, elles « ne sont [pas] des productions spontanées, leurs références sont en grande partie des références du dehors : les formes d'organisation, les idées, les mots parfois » (Cornu, 1996 : 75). Parfois, comme dans le cas du Congo, c'est l'ensemble du secteur associatif qui est directement affilié au PNLS : associations de personnes vivant avec le VIH, mais aussi de jeunes et de femmes, se

1 Nous pensons par exemple à la participation du secteur associatif aux réunions concernant l'accessibilité des antirétroviraux en Afrique.

2 Dans ce domaine, l'Afrique francophone accuse un retard important par rapport à l'Afrique anglophone : par exemple, il n'existe aucun équivalent en Afrique francophone d'une association d'aide aux personnes atteintes de la dimension de TASO en Ouganda, ou même d'initiatives d'ampleur plus modeste, comme la Kenyan AIDS Society au Kenya. Cf. J. Hampton, "Vivre avec le sida". Organisation ougandaise d'aide aux sidécens (TASO), Stratégies pour l'espoir n° 2. ACTIONAID, Londres, AMREF, Nairobi, 1990 ; G. Williams, N. Tamale, "La communauté d'entraide. Faire face au sida en milieu urbain ougandais". Stratégies pour l'espoir n°6, ACTIONAID, Londres, AMREF, Nairobi, 1991.

3 C'est le cas, par exemple, de l'association ivoirienne Lumière Action qui voit sa création liée au souci du PNLS ivoirien de former une délégation pour participer à la première conférence africaine des personnes vivant avec le VIH de Mombassa en 1994 (Cornu, 1996 : 73).

voient offrir un local dans les locaux du Programme. Or on connaît l'importance que revêt pour les associations la question du "siège social", cruciale pour la visibilité et l'accès aux ressources, et qui s'avérera évidemment d'autant plus aisé que le siège de l'association sera au cœur même de la structure nationale qui est l'intermédiaire obligé de tous les projets. Par ailleurs les liens sont parfois d'autant plus étroits que des membres du PNLS figurent parmi les principaux responsables de ces associations. Dans ces conditions, les représentants de la "société civile" et l'acteur technico-administratif ne font plus qu'un, ce qui ne favorise pas les conditions de l'émergence d'un débat public. Pour autant, cette dépendance originelle n'apparaît pas comme rédhitoire. Elle est surtout due à la possibilité financière du PNLS de pourvoir, au moins de façon minimale, aux actions menées par l'association. Or, l'exemple des associations de jeunes au Congo nous a montré qu'une affiliation stricte au PNLS suscite en retour une forte attente. Attente amplifiée par les organismes internationaux comme l'OMS de faire accéder les associations à la manne des PNLS. Un refus de ces derniers peut être à la base d'un processus d'autonomisation de la part des associations, qui se mettent alors en quête de nouveaux soutiens, directement auprès des bailleurs traditionnels dans la lutte contre le sida.

L'impossible appropriation politique

Les conditions de l'émergence d'un débat public, au sens de la mise en relation de points de vue distincts en des cercles nationaux – qui peuvent être très spécialisés et qui témoignent d'une appropriation spécifique d'un problème par chacune des parties – ne semblent guère être réunies : la monopolisation de la parole politique sur le sida par "le prince", la légitimité et la légitimation de l'acteur technique par des instances extérieures au pays, la difficulté du secteur associatif à s'affirmer en tant que "société civile" rend difficile la transformation d'un problème de santé publique en problème public¹.

La conclusion, s'agissant de l'Afrique, n'est-elle pas trop sombre ? En France, il a fallu attendre 1987 pour que la première campagne d'information soit organisée par les pouvoirs publics. Le sida a tardé à être reconnu, d'abord comme problème médical, puis à s'imposer comme question de santé publique et comme problème politique. Sur le continent africain, c'est un peu le processus inverse que l'on constate : immédiatement reconnu problème politique (certes d'abord en niant la réalité du phénomène), très rapidement identifié comme problème majeur de santé publique, sa portée semble progressivement s'être délitée et n'a guère été intégrée dans les préoccupations relatives à l'administration sanitaire du pays. Est-ce parce que, contrairement aux situations constatées au Nord, des acteurs privés, appartenant à une société civile, n'ont pu réellement intervenir dans un domaine censé relever de l'État ?

Il ne faut pas non plus idéaliser une dynamique associative dans les pays du Nord qui serait globalement opposable à une dépendance des ONG au Sud. Renaud (1983 : 85) faisait remarquer que le mouvement communautaire, né en Amérique du Nord à la fin des années 1960, a certes amené à intégrer les usagers aux processus de prise de décision, mais a

¹ C. Cornu (1996 : 44) posait plus abruptement la question : dans un pays sans controverses publiques, sans débat entre adversaires politiques - un pays sans véritable fonctionnement démocratique, le sida peut-il devenir un enjeu politique ?

également abouti à la disparition de ces mouvements et au renforcement du pouvoir des planificateurs : les usagers n'arrivaient plus à avoir une pensée autonome et, lorsqu'ils en avaient une, se voyaient court-circuités par des réseaux parallèles de prise de décision. Si l'implication des mouvements communautaires aboutit alors peut-être nécessairement à la perte de leur autonomie et de l'efficacité de leur rôle, et ici les situations africaines ne seraient alors pas nécessairement différentes de celles observées en Amérique du Nord, il n'en reste pas moins que l'on a bien de la peine à percevoir, dans le domaine de la lutte contre le sida en Afrique la manifestation d'une " pensée autonome " initiale.

Références bibliographiques

Aventin L.

1998 *Conséquences de l'infection à VIH sur le fonctionnement des entreprises à Abidjan : réponses organisationnelles et orientations stratégiques*, Marseille, Faculté de médecine.

Banque Mondiale

1997 *Confronting AIDS*, New York, Oxford University Press.

BIRNBAUM P. et LECCA J. (dir.)

1991 *Sur l'individualisme*, Presse de la Fondation nationale des sciences politiques.

BOUDON R.,

1984 *La place du désordre*, Paris, PUF.

BOURDARIAS F. et LE PALEC A.

1995 " Guérisseurs et médecins, interactions et stratégies. À propos du colloque Médecine traditionnelle et sida ", *Journal des anthropologues*, 60 : 51-61.

CATTACIN S., PANCHAUD C. et TATTINI V.

1997 *Les politiques de lutte contre le VIH/sida en Europe de l'Ouest*, Paris, L'Harmattan.

CORNU C.

1996 *Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida à Abidjan, Côte d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique sub-saharienne ?*, Mémoire de DEA, Paris, Université Paris I.

DESCLAUX A. et RAYNAUT C. (eds.)

1997 *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au Sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, 1997.

DORE G., KALDOR J.

1996 " Epidemiology of HIV and AIDS in the Asia-Pacific region ", *Annu. Conf. Australas. Soc. HIV Med.*, 14-17 novembre (abstract n° 36).

DOZON J.P.

1991 " D'un tombeau l'autre ", *Cahiers d'Études Africaines*, 31 (1-2) : 135-157.

DOZON, J.P., FASSIN, D.

1989 " Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique ", *Sciences sociales et santé*, VII (1) : 21-36.

EBOUSSI BOULAGA F.

1993 *Les Conférences nationales en Afrique noire, une affaire à suivre*, Paris, Karthala.

FASSIN D.

1994a "La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique".
in *Lettre Sociétés d'Afrique et Sida*, n°5 : 2-3

1994b "Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo",
Annales, 4 : 745-775.

JANSSENS W., BUVE A., NKENGASONG J.N.

1997 "The puzzle of HIV-1 subtypes in Africa", *AIDS*, 11 : 705-712.*

KÉOUÉDAN D.

1998 *Sida : 12 ans d'épidémie en Côte-d'Ivoire, Afrique de l'ouest. Analyse critique des stratégies internationales sur la période 1987-1998. Bilan et perspectives*, thèse de doctorat en épidémiologie et santé publique, Université Nancy I.

NEVEU E.

1996 *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte.

ONUSIDA

1998 *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*.

RAYNAUT C.

1996 "Quelles questions pour la discipline ? Quelle collaboration avec la médecine ?",
dans J. Benoist et A. Desclaux (ed.), *Anthropologie et sida*, Paris, Karthala : 31-56.

RAYNAUT C. et MUHONGAYIRE F.

1993 "Chronique d'une mort annoncée", dans J.P. Dozon et L. Vidal (ed.), *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan, ORSTOM-GIDIS : 299-324.

RENAUD, M.

1983 "De la passion et du coup d'œil comme instruments de planification", *Sciences Sociales et Santé*, (3-4) : 75-91.

SETBON, M.

1993 *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande Bretagne et Suède*, Paris, Seuil.

TOURAINÉ A.

1973 *Production de la société*, Paris, Le Seuil.

1984 *Le retour de l'acteur*, Paris, Fayard.

WIEVIORKA M.

1995 "Plaidoyer pour un concept", dans F. Dubet et M. Wieviorka (dir.), *Penser le Sujet. Autour d'Alain Touraine*, Paris, Colloque de Cerisy, Fayard : 209-220.

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