

Le VIH/sida pose des questions totalement inédites aux politiques de santé

Laurent Vidal

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH en français), cause du sida, a été découvert il y a 30 ans. L'épidémie qui s'est développée dans le monde est singulière notamment par ses incidences variées. Le VIH a alors frappé les esprits pour différentes raisons : ses caractéristiques virologiques, sa large diffusion mondiale, sa transmission par voies sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant et, pendant longtemps, son caractère mortel. La communauté internationale, les États et le monde associatif se sont alors mobilisés pour développer des stratégies de dépistage et de prévention, mettre au point et diffuser des traitements de plus en plus efficaces.

Partant de là s'est construit le raisonnement suivant : les caractéristiques du VIH sont originales et l'épidémie que ce virus a engendrée est particulière, *donc* les questions que l'épidémie pose à la société, aux individus et aux politiques de santé sont singulières et inédites. Il convient *par conséquent* d'inventer des solutions aux problèmes posés qui s'avèreraient *donc* inédites.

Le VIH/sida poserait donc des questions totalement inédites aux politiques de santé. Ainsi, l'épidémie de VIH aurait « donné naissance à la décentralisation des soins », « lancé le principe de la gratuité des soins » et « créé la stigmatisation du malade ». Or, si l'épidémie de VIH a pu leur

conférer une *forme* particulière, voire originale, nous n'avons là ni des idées, ni des actions, ni des situations nouvelles.

Très tôt, l'épidémiologie du VIH et les études sur sa répartition spatiale ont montré, par exemple en Afrique, que l'infection se diffuse aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, notamment à partir de grandes voies de communication. Par ailleurs, les systèmes de santé sont très souvent organisés de façon pyramidale, des structures de santé « de base » aux grands centres hospitaliers universitaires (CHU), en passant par les structures départementales et régionales. Les CHU sont présentés comme les fleurons de la santé. Ils concentrent les spécialistes et forment les futurs médecins. Ils attirent aussi nombre de patients qui pourraient être traités dans des structures périphériques. Avec l'arrivée de l'épidémie de VIH, ces CHU ont été logiquement en première ligne, leurs services de maladies infectieuses hospitalisant les patients (et développant des projets de recherche). Donc, plus que pour toute autre pathologie, la prise en charge du VIH, à ses débuts, a renforcé le pouvoir, le rôle et l'attractivité des CHU. Compte tenu de la réalité de la diffusion spatiale du VIH, a émergé un discours sur la nécessité de « décentraliser la prise en charge ». Les bailleurs de fonds ont soutenu la création de comités locaux de lutte contre le sida (par exemple au Cameroun), représentant la structure centrale de coordination de la lutte contre le sida. Par ailleurs, les responsables de la santé des pays concernés ont progressivement décidé de rapprocher les traitements des malades. Ils ont fait en sorte que les centres de santé au niveau départemental dépistent le VIH, éventuellement mettent sous traitement les patients et les suivent. Pour ce faire, des services ont été créés au sein de ces centres de santé. Nous voyons donc que le dispositif général de proximité des structures de santé préexistait à la décision de décentraliser la prise en charge du VIH. Et ce depuis de nombreuses années. Il n'est qu'à se rappeler de la médecine mobile du docteur Jamot au début du siècle, durant la colonisation française de l'Afrique. Plus récemment, d'autres « problèmes de santé » ont donné lieu à des politiques de décentralisation. Citons par exemple le cas de la tuberculose, dont la prise en charge s'est décentralisée avant celle du VIH, au point d'ailleurs de lui servir de modèle. En somme, la « décentralisation de la prise en charge du VIH » n'est ni une décision politique ni une action originales. Dire le contraire, c'est estimer, par une déduction arbitraire, que, sous prétexte que l'épidémie de VIH a des spécificités, elle a généré des stratégies radicalement nouvelles.

L'accès aux traitements du VIH a engendré une forte mobilisation des activistes de la lutte contre le sida comme des chercheurs, relayés par les décideurs locaux de la santé, dans deux grandes directions. D'une part, cela a consisté à faire en sorte que les traitements disponibles au Nord le soient aussi au Sud, où se trouve l'immense majorité des personnes vivant avec le VIH. D'autre part, une fois les médicaments présents, il s'agissait d'œuvrer pour des prix en baisse, voire d'obtenir leur gratuité. Cela fut le cas dans un nombre croissant de pays, à partir du tout début des années 2000. La mobilisation dans les pays, et à l'échelle internationale, a certainement été inédite et sans commune mesure dans la santé publique. Mais, si nous avons là des avancées majeures dans la lutte contre le sida, nous n'avons pas là une stratégie de santé publique nouvelle. L'épidémie de VIH n'a inauguré ni l'idée ni la réalité de la gratuité d'un traitement. Les traitements de la tuberculose et la vaccination sont gratuits depuis longtemps. Là encore, le recul historique est important. Depuis un siècle, les décideurs de la santé comme les médecins attirent régulièrement l'attention sur la question des coûts de traitements et de la nécessité d'en faciliter l'accès, y compris via leur gratuité. Une question ancienne et que n'a pas inaugurée l'épidémie de VIH, même si le processus ayant débouché sur la mise à disposition gratuite des traitements y a pris des formes spécifiques.

Par ses modes de transmission, par ce à quoi elle renvoie (la sexualité), mais aussi par son absence de traitement pendant plus de 15 ans, l'infection à VIH a créé des peurs et en a nourri d'autres (celle de l'étranger, par exemple). Peurs intimement associées à des mécanismes de stigmatisation à l'encontre de la personne perçue comme contagieuse ou jugée comme coupable de sa contamination. Des pratiques de stigmatisation et des craintes de celle-ci se sont donc développées simultanément. Or, ni le principe ni la mécanique de la stigmatisation de la personne infectée par le VIH ne sont réellement nouveaux. La lèpre, la tuberculose, voire la maladie mentale, et plus anciennement la peste ou le choléra sont autant de maladies qui ont généré à la fois de la mise à l'écart, de la désignation, du confinement, de l'exclusion et la peur de ceux-ci. De plus, que les cas de stigmatisation liée au VIH aient été plus dénoncés que ceux dont sont victimes d'autres malades ne dit rien sur l'ampleur particulière du phénomène et encore moins sur son caractère nouveau. Affirmer le contraire relève d'une forme de surenchère qui, en construisant de fausses

spécificités du VIH, pense pouvoir proposer des réponses nouvelles. Or, lutter contre la stigmatisation c'est, et cela a toujours été, pour toutes les maladies, lutter contre les idées reçues sur le risque de contamination, sur la *faute* individuelle, etc.

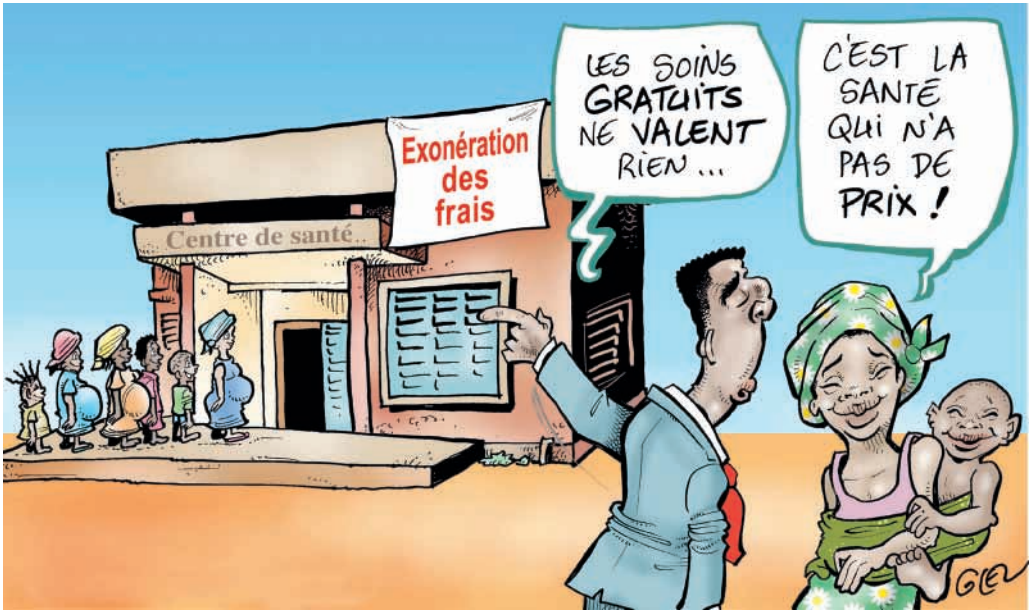
« Le VIH/sida pose des questions totalement inédites aux politiques de santé » est une idée reçue fondée sur une compilation d'idées reçues : à la fois l'histoire des politiques de santé et leur actualité l'attestent. Dévoiler cette idée reçue pose aussi la question de l'innovation dans les réflexions, comme dans les actions. Comment la définir, comment la délimiter ? Faute d'y réfléchir, les chercheurs reproduiront des schémas erronés, non fondés empiriquement, d'une connaissance toujours nouvelle, de savoirs inédits, alors qu'ils progressent aussi et surtout par affinement, nuances, capitalisation et non uniquement par de grandes ruptures.

Pour aller plus loin

FABRE, G. (1998). *Épidémies et contagion. L'imaginaire du mal en Occident*. Paris, PUF.

FARMER, P. (1996). *SIDA en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala.

VIDAL, L. (2000). *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris, PUF.



Des idées reçues en santé mondiale

Sous la direction de
VALÉRY RIDDE et FATOUMATA OUATTARA

LIBRE ACCÈS

Projet pilote réalisé
en collaboration avec
la Direction des
bibliothèques
de l'UdeM.



Le dessin de couverture est une réalisation de D. Glez, d'après une idée de L. Queuille et V. Ridde, produit par HELP/CRCHUM/ECHO.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Des idées reçues en santé mondiale
(PUM)
(Libre accès)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7606-3523-4

1. Santé mondiale. I. Ridde, Valéry, 1969- . II. Ouattara, Fatoumata. III. Collection : PUM.

RA441.I33 2015

362.1

C2015-941583-7

Mise en pages: Folio infographie

ISBN (papier) : 978-2-7606-3523-4

ISBN (PDF) : 978-2-7606-3524-1

ISBN (ePub) : 978-2-7606-3525-8

Dépôt légal: 4^e trimestre 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2015

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

Canada

IMPRIMÉ AU CANADA