

*Laurent Vidal\**

## POUR UN AUTRE COMBAT CONTRE LE SIDA

Parmi les régions en développement, l'Afrique est sans conteste, depuis vingt ans, la plus touchée par le sida. Malgré les poussées épidémiques observées en Asie et en Europe orientale, ce continent regroupe, fin 2005, près des deux tiers (64 %) des cas d'infection par le VIH, soit 25,8 millions de personnes<sup>1</sup>.

En l'espace de deux ans, une seule statistique peut donner le sentiment d'une stagnation de l'épidémie : la prévalence chez l'adulte est revenue de 7,3 % à 7,2 %. Mais ce chiffre est essentiellement lié à la croissance démographique du continent et ne témoigne pas d'une maîtrise de l'épidémie. En effet, sur la même période, le nombre de personnes atteintes par le VIH a crû de 900 000 ; en 2005 le nombre de décès a augmenté de 300 000 (passant de 2,1 à 2,4 millions) et celui des nouvelles infections de 200 000 (passant de 3 à 3,2 millions).

Il n'y a pas de fatalité de la progression du sida en Afrique, et celle-ci est d'ailleurs contenue dans certaines régions. Cela n'empêche pas le continent d'être touché frontalement dans ses capacités de développement, comme en témoignent la jeunesse des personnes infectées, le nombre croissant d'enfants dont les parents sont décédés du sida ou encore le recul de l'espérance de vie à la naissance, notamment en Afrique australe.

Tout d'abord, il est indispensable de ne plus dissocier les effets individuels et sociaux de l'épidémie : les uns aident à comprendre les autres. Le cas du chef de famille malade renseigne sur les recompositions familiales qui vont s'opérer, en particulier à travers la baisse des revenus du ménage : déscolarisation des enfants, problèmes alimentaires, difficultés d'accès aux soins pour les autres membres de la famille.

---

\* Anthropologue, directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) Paris.

Ces cas individuels obligent à penser les nouvelles configurations familiales que le sida va engendrer, lesquelles suggèrent elles-mêmes des rapports nouveaux à la santé, au travail et à l'éducation. Concrètement, nombre de sociétés entrent dans des ères de priorités sociales nouvelles : peut-être plus fortement que par le passé, des choix doivent être faits entre scolariser les enfants – notamment les filles – et s'alimenter correctement, ou se soigner sans tarder.

Il est ensuite nécessaire d'appréhender chacune des questions sanitaires posées par le sida comme des questions posées aux stratégies et pratiques de développement mises en place par les sociétés africaines. Cela veut dire, par exemple, être attentif à ce que les conditions pratiques d'accès aux anti-rétroviraux (éligibilité des patients, coût des traitements, accès géographique, gestion individuelle et familiale de l'observance...) ne soient pas dissociées de réflexions et d'actions sur les politiques publiques du médicament, de la prise en charge de la douleur ou de la mutualisation des examens médicaux.

La question des traitements du sida doit non seulement être rapportée à des politiques de santé plus générales (sur le médicament, la mutualisation...) concernant d'autres pathologies, mais aussi placée au cœur des politiques de développement : ces questions doivent apparaître explicitement non pas seulement dans les programmes sanitaires, mais dans les plans de développement généraux – économiques, financiers et sociaux – tels qu'ils sont établis par les États et négociés avec les institutions internationales ou les pays du Nord.

Ce mouvement doit être impulsé autour des traitements de la maladie, mais il peut aussi l'être dans le domaine de la prévention. En effet, informer et communiquer sur le sida, ses modes de transmission et ses moyens de prévention, est aussi un moyen de diffuser une information sur d'autres questions de santé : par exemple sur les autres maladies sexuellement transmissibles (MST), les méthodes de contraception, la prévention du paludisme chez la femme enceinte, les maladies diarrhéiques chez l'enfant, etc. L'exemplarité du sida est bien entendu essentielle, mais elle doit déboucher sur le passage à une autre échelle : celle qui consiste à voir dans l'information sanitaire un enjeu de développement, à traiter comme tel par les politiques généralistes.

### Trois séries d'explications

Au travers des analyses de l'expansion du VIH dans les pays du Sud, en Afrique notamment, on peut identifier trois séries de facteurs régulièrement avancés qui, tous, mettent incidemment en cause des politiques de développement. Mentionnons en premier lieu les transformations opérées sous l'influence des plans d'ajustement structurel imposés et supervisés par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale : ces plans ont entraîné une redistribution des ressources et des budgets dont les secteurs de la santé et de l'éducation ont le moins bénéficié. De même, la croissance d'une économie urbaine, tant formelle qu'informelle, a renforcé les migrations régionales et les processus de déstructuration familiale bien connus qui vont de pair, favorisant la diffusion de MST comme le sida<sup>2</sup>.

En second lieu, une série d'explications renvoie aux valeurs traditionnelles, aux cultures locales. Sont désignées les pratiques matrimoniales (jeune âge au mariage, lévirat), les représentations de la maladie (dont la sorcellerie, qui exclurait, dit-on, la notion d'affection sexuellement transmissible), les conceptions de la procréation (que l'utilisation du préservatif contredirait), les inégalités dont sont victimes les femmes (subordination à l'homme, absence d'autonomie, accès difficile aux soins) et les violences qui leur sont faites, notamment sexuelles (excisions, viols).

En fait, derrière ces arguments mettant en scène la ou les cultures comme facteurs de propagation du VIH, ce sont encore, incidemment, des politiques de développement qui sont mis en cause : soit que ces politiques aient échoué à agir sur ces facteurs culturels, soit qu'elles les aient ignorés, soit – ce qui nous semble être plutôt le cas – qu'elles n'aient pas su les aborder dans leurs complexités, y compris en valorisant certains aspects des cultures pouvant aider à la prévention du sida<sup>3</sup>.

Un troisième ensemble d'arguments renvoie au rôle de l'État. Le thème de la « bonne gouvernance » est devenu ces dernières années un leitmotiv de la communauté internationale et des gouvernements, la première conditionnant de plus en plus son appui aux seconds à l'adoption de pratiques s'inscrivant dans ce registre. Or on peut émettre l'hypothèse que l'absence de réforme des pratiques et du fonctionnement de l'État a joué un rôle de premier plan dans la diffusion de l'épidémie. Un exemple parmi d'autres : la « bonne gouvernance » s'attaque notamment aux

pratiques de corruption et au clientélisme. Or l'une et l'autre caractérisent nombre de services publics, en particulier le secteur de la santé<sup>4</sup>.

Concrètement, l'accès aux soins et à l'information s'en trouvent inévitablement compromis, ce dont pâtissent les malades, ou plus largement les « clients » des services de santé. De ce point de vue, la prise en charge des MST – essentielle pour la prévention de l'infection au VIH – n'a pu qu'en être freinée ; de même, l'information délivrée par des professionnels de santé sur les risques de contamination par le VIH est devenue moins accessible.

Ces trois grands ensembles de facteurs illustrent la disjonction, dans les politiques de développement, entre l'individu et la société d'une part, la santé et le développement d'autre part. Cela est particulièrement sensible dans les politiques économiques basées sur des plans d'ajustement structurel : le principal reproche qui leur a été adressé est d'être désincarnées, d'imaginer de grands équilibres budgétaires passant par une « rigueur » économique dont, encore une fois, les politiques de santé font les frais. Le collectif est pensé ici indépendamment de l'individuel. Il en va de même des politiques sanitaires de recouvrement des coûts, dont on perçoit aujourd'hui les limites en ce qui concerne l'accès aux traitements anti-rétroviraux et les examens biologiques nécessaires à leur bon suivi : ici, le sanitaire est pensé indépendamment du social.

### **Sous-développement et enfermement**

Les principaux acteurs de l'aide internationale l'affirment de plus en plus nettement depuis quelques années : le sida entrave le développement des régions les plus durement frappées, comme l'Afrique. Avec d'évidentes répercussions pour l'avenir, si l'on suit les conclusions des envoyés de Kofi Annan en Afrique australe, après une mission en janvier 2003. Selon eux, « *le sida est en train de changer la nature de la famine, désorganisant l'agriculture, fragilisant les populations et minant leur capacité à se remettre de catastrophes naturelles* »<sup>5</sup>.

On peut encore signaler d'autres formes d'atteinte au développement social, entendu au sens large. Le sida peut en effet être corrélé à des processus de repli identitaire qui marquent nombre de sociétés africaines<sup>6</sup>. Entendons par là une série de mouvements de repli sur soi – ou sur des

« valeurs » imaginées du groupe –, la prégnance de référents culturels idéalisés et souvent mythiques, le tout débouchant sur des mises à distance de l'autre, parce qu'étranger ou jugé comme tel. Et quand on connaît la place occupée par l'« autre » dans les processus d'identification de la « cause » du sida, on perçoit une concordance de fait entre les appréciations générales sur l'étranger (présenté comme facteur de trouble, voire de délinquance, mais aussi d'appauvrissement par la captation d'emplois...) et sur l'origine du sida (les migrations, notamment celles provenant de pays voisins).

À cet égard, la paupérisation, à laquelle participe objectivement l'épidémie, s'accompagne d'un enfermement de la pensée sur des catégories d'exclusion qui alimentent l'isolement social et économique des sociétés les plus touchées par la maladie. Il y a là un mouvement circulaire de fragilisation des sociétés, largement impulsé ou relayé par le sida.

Le rôle du sida dans ces processus d'enfermement doit être envisagé à un autre niveau. Dans les pays à moyenne ou forte prévalence, chacun a un ami ou un parent infecté par le VIH, tout le monde connaît une personne décédée du sida (que la cause de la maladie soit connue ou « suspectée »). Il se crée donc une familiarité ambiguë avec une maladie connue, côtoyée mais néanmoins objet – comme toute affection fortement dégradante et mortelle – de peurs et d'angoisse.

Angoisse, mais aussi colère devant l'impuissance à contenir son évolution. Non pas parce que les traitements n'existent pas, mais parce qu'ils restent inaccessibles pour la grande majorité de ceux qui en auraient besoin : fin 2005, l'initiative « 3 by 5 »<sup>7</sup> estime que 500 000 personnes bénéficieront d'un traitement ARV, soit 11 % de celles qui, compte-tenu de leur état clinique et biologique, en ont effectivement besoin<sup>8</sup>. Partant de là, on est en droit de se demander si le sida ne provoque pas au niveau du corps social dans son ensemble ce qu'il engendre chez chacun : une désespérance, une incertitude sur l'avenir, une absence de confiance dans le progrès.

Ces désillusions sont, certes, déjà présentes dans les catégories sociales les plus touchées par les évolutions sociales et économiques des pays, mais elles peuvent se trouver durablement ancrées et aggravées par le sida. D'où un effet direct de la maladie sur les perspectives de développement : comment celles-ci peuvent-elles être pensées, appropriées par des sociétés qui risquent de générer à tous les échelons des sentiments de

défiance dans le « progrès » ? Pour tenter de répondre à cette question essentielle, le défi serait de capitaliser sur les bouleversements induits par le sida, et non pas uniquement – même si c'est nécessaire – sur les actions qui ont permis des évolutions positives tant de la prévalence que des images de la maladie dans la société.

### Dans le débat politique

Une première perspective viserait à marquer la place du sida, puis de la santé, dans le débat politique. De rares hommes politiques évoquent le sida en public, pour parler d'un proche malade ou disparu. Mais une telle prise de position demeure exceptionnelle<sup>9</sup> et, passée l'émotion suscitée par ces révélations, rien ne permet de penser que la réflexion du monde politique sur le sida s'en trouve durablement modifiée.

Ces initiatives doivent donc déboucher sur un changement d'échelle et donner corps à une véritable inscription du sida sur la scène politique, c'est-à-dire lors de campagnes électorales ou de débats parlementaires, la presse pouvant servir de tribune à des échanges et controverses sur les politiques à mener dans ce domaine. Le fait que peu de classes politiques dans le monde placent la maladie au cœur de leur discours n'interdit pas de souhaiter que cela émerge en Afrique.

Concrètement, il est impératif que les partis politiques et les représentations nationales (députés, sénateurs...) prennent position sur des thèmes qui sont au cœur de la réflexion des acteurs sanitaires et sociaux de la « lutte » contre le sida : les traitements doivent-ils être gratuits ? La prévention doit-elle mettre l'accent d'abord sur le préservatif ? Comment parler du sida à l'école ? Doit-on légiférer pour défendre les droits des héritiers de personnes décédées du sida ?... Nous pourrions multiplier ces questions – qui sont au centre des espoirs tout autant que des frustrations des citoyens –, mais que les classes politiques se refusent à débattre.

Parallèlement, et ce sera une seconde suggestion, il devient impératif de développer de véritables politiques de santé urbaine. Dire cela, ce n'est pas occulter l'impact social et économique du sida en milieu rural, c'est simplement admettre que dans des contextes d'urbanisation accélérée dans la plupart des pays africains et dans des situations où la ville rassem-

ble l'ensemble du spectre tant de l'offre de soins (publique et privée) que des conditions d'existence (des élites aux plus démunis), les États se doivent d'identifier dans leurs politiques de santé des actions spécifiques au milieu urbain. Un tel choix revêt un double intérêt, à la fois pour la prise en compte des particularités urbaines et pour l'impulsion d'actions transférables au milieu rural.

S'agissant du premier point, une politique d'information à destination des citoyens sur les lieux de dépistage du VIH et les conditions de réalisation du test éviterait aussi bien les hésitations que les déceptions qui surviennent lorsque le premier recours a lieu dans un service privé, où le coût du test peut être très élevé. Sur le second, l'attention portée aux spécificités urbaines doit aussi servir de moteur pour une politique de santé concernant l'ensemble du pays. Ainsi, les difficultés de déplacement pour accéder à des structures de santé sont majeures en ville, liées non seulement aux distances (des quartiers périphériques aux centres hospitaliers), mais aussi aux conditions de transport et à leur coût. Dès lors, inscrire cette question à l'ordre du jour de politiques sanitaires urbaines est inévitablement instructif pour les actions à mener dans le même domaine en milieu rural.

### **Judiciariser la santé**

Nous en arrivons à une troisième piste de réflexion : la difficulté à mettre en cause des soignants, y compris judiciairement, est révélatrice de l'ambiguïté des relations entre deux fonctions pourtant essentielles de tout État de droit : délivrer la justice et assurer la santé de ses concitoyens. Le projet serait ici de judiciariser la santé – en l'occurrence de rendre possibles des sanctions en cas d'abus à l'encontre des malades.

Il ne s'agit pas d'affirmer qu'aucune plainte visant un soignant indélicat n'est jamais portée ni n'aboutit. Mais force est de constater que cela reste rare. Les arguments avancés sont tout à la fois la lenteur de la justice, ses coûts financiers (y compris la corruption) mais aussi « sociaux », avec la mise en cause possible de larges réseaux familiaux et clientélistes à travers la personne du soignant attaqué en justice.

Cela étant, le sida a acquis dans nombre de pays une visibilité médiatique dont il conviendrait de tirer parti. Les ONG et la presse sont très pré-

sentes pour mener ou relayer des actions sur le sida, beaucoup plus que sur toute autre question de santé. Il est essentiel qu'elles intègrent dans leur champ d'intérêt pour la maladie – un intérêt qui ne doit pas être uniquement intellectuel, philanthropique ou altruiste – les plaintes des malades et leurs demandes de réparations.

Des femmes victimes de mauvais traitements de la part de sage-femmes lors de leur accouchement arrivent à mener à leur terme des démarches en justice, relayées en cela par la presse. Il n'est donc pas illusoire d'espérer que cela puisse se faire pour une maladie comme le sida – encore une fois bien plus exposée médiatiquement ; on peut même défendre l'idée que ces démarches, *parce qu'il s'agit du sida*, doivent devenir plus nombreuses. Pour peu que des relais institutionnels soient activés, il est clair qu'à travers cette question, le sida en particulier, puis la santé en général, peuvent impulser de nouveaux rapports du citoyen à la justice de son État.

Une quatrième piste de réflexion consiste à penser l'exceptionnalité du sida comme moteur de la réforme des systèmes et politiques de santé. Le propos prolonge l'idée, largement évoquée dans le passé, d'une fonction réformatrice du sida<sup>10</sup>, mais il la renouvelle en l'associant à un préalable et à une application précise. Le préalable revient à considérer que, par sa diffusion croissante dans tous les groupes de la société et son empreinte croissante sur les comportements individuels, le sida devient porteur d'une banalité, certes, mais d'une banalité ambivalente.

Car la somme des morts et des malheurs occasionnés, tout en rendant de plus en plus présente et actuelle la menace – donc en la « banalisant » – ne peut éliminer la profonde singularité de cette maladie. Une singularité qui est la conjonction de modes de transmission et de moyens de prévention, de catégories de population touchées, d'effets sociaux et économiques .

### **Pour la gratuité des traitements**

En somme, dans sa banalité, le sida n'est pas une maladie comme les autres. C'est pourquoi, en termes de politiques publiques, des mesures concrètes exprimant son exceptionnalité doivent être prises. Nous pensons ici à l'accès gratuit aux traitements et aux examens qu'ils néces-



sitent, pour l'ensemble des patients choisis selon des critères médicaux (cliniques et biologiques). Cette proposition est lancée par un groupe de chercheurs en sciences sociales et de professionnels de santé publique (l'Initiative « Freeby5 ») qui défendent notamment sa rationalité économique<sup>11</sup>.

Un tel choix ne se résume pas à une décision économique, pas plus que de santé publique : il est porteur d'effets politiques d'envergure, précisément parce que la place de la santé dans les politiques nationales se trouve ainsi questionnée. La gratuité s'accommode mal en effet d'une politique de recouvrement des coûts ; mais, au-delà, elle peut générer de nouvelles formes de relations entre les patients et les soignants. Les premiers, informés de leur droit à un traitement gratuit, seront amenés à répondre différemment aux demandes de paiements occultes, à cette petite corruption que l'on rencontre de nos jours dans les structures de santé qui font par ailleurs payer « officiellement » leurs prestations.

Dans tous les cas, les relations entre les soignants, d'une part, les responsables de la santé publique – dans les cabinets ministériels ou les programmes nationaux – les membres des « comités de santé » d'autre part, se transformeront elles aussi : tandis que les premiers revendiqueront de nouvelles conditions de travail, un réexamen des salaires et des primes, les « comités de santé » verront s'amenuiser considérablement non seulement leurs recettes, mais aussi le pouvoir de décision et de pression qui en découle.

À terme par conséquent, la gratuité des traitements redessinera inévitablement le rapport du patient à ses droits, les relations entre les acteurs de la santé au niveau du district, entre les structures locales et les directions centrales du ministère. Au delà, on peut sans peine imaginer que les politiques de développement – fondées sur une large « appropriation » et « participation » des populations – devront être elles aussi repensées, et pas uniquement celles relatives à la santé.

Appréhender les liens entre l'épidémie de sida et les politiques de développement revient à mener une double réflexion : d'une part sur les facteurs sociaux, économiques et politiques ayant présidé à la diffusion de l'infection, d'autre part, et indissociablement, sur les effets de la maladie sur ces mêmes composantes du développement.

Mais la réflexion serait incomplète si elle s'en tenait à ces seules analyses : il est nécessaire de partir de ces constats pour souligner combien

res de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso » : p.111-131, in Blundo G. (éd), *La gouvernance au quotidien en Afrique : les services publics et collectifs et leurs usagers*, Bulletin de l'APAD, 23-24, Münster, LTI-APAD.

5. « World must galvanize to fight AIDS, stave off southern Africa's total collapse », 29 January 2003.

6. L. Vidal, « Sida et salut », *Sciences sociales et santé*, 22, 2, 2004: pp.61-71.

7. Initiative demandant la gratuité de la prise en charge (traitements, y compris ARV, et examens) de l'infection à VIH ; voir [www.nu.ac.za/heard/freeby5/freeby5.htm](http://www.nu.ac.za/heard/freeby5/freeby5.htm)

8. Cf le rapport de l'Organisation mondiale de la santé « WHO – UNAIDS, *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy, an update on by "3 by 5"*, Rapport, juin 2005, 34 p.

9. V.K Nguyen., « Sida, ONG et politique du témoignage en Afrique de l'Ouest : politiques, jeux d'espace », *Anthropologie et Sociétés*, 26, 1, 2002, pp.69-87.

10. À dix ans d'intervalle, et à partir de situations différentes (françaises et africaines), il est intéressant de voir comment a évolué cette idée du sida comme porteur, par lui-même ou pour les malades, d'attitudes réformatrices. Cf. D. Defert, « Un nouveau réformateur social : le malade », *SIDA 89*, 1989, Suppl. 5 : 14-17. et M-E Gruénais., « Le sida réformateur en Afrique ? », *Le journal du sida et de la démocratie sanitaire*, 2001, 140-141 : 15-18.

11. [www.nu.ac.za/heard/freeby5/freeby5.htm](http://www.nu.ac.za/heard/freeby5/freeby5.htm).

12. P.S. Jones, « When development devastates : donor discourses, access to HIV/AIDS treatment in Africa and rethinking the landscape of development », *Third World Quarterly*, 2004, 25 (2) : 385-404.

13. A. Hoogveld, « Globalisation, imperialism and exclusion : the case of Sub-Saharan Africa » : 15-28 in Zack-Williams T., Frost D. & Thomson A. (éds), *Africa in crisis*, 2002, London, Pluto.

14. « Le rôle du PNUD dans la réponse au VIH/SIDA », Groupe VIH-SIDA, Fiche d'information.

le sida oblige à repenser les politiques de développement dans tous les domaines, sanitaire, mais aussi social et économique. Cet effort pourrait rappeler des perspectives « *post-développementalistes* »<sup>12</sup>, dès lors qu'il il ne s'agit pas de « *rejeter la globalisation ou la modernité, mais [plutôt] de trouver les moyens de vivre avec et de les transcender* »<sup>13</sup>.

Il nous semble à tout le moins indispensable de fonder toute théorisation sur une lecture nuancée des réactions des sociétés africaines à la menace pour leur développement que représente le sida. Cela signifie, par exemple, dépasser les présentations du dialogue sur le développement mettant en scène les « *pouvoirs publics* », la « *société civile* » et le « *secteur privé* », comme le fait le Pnud<sup>14</sup>, en occultant le fait que les glissements d'un registre à l'autre sont fréquents .

On s'en rend compte tout particulièrement dans le monde de la santé, où les ONG composent avec les autorités sanitaires et participent à la définition de leurs politiques ; où les pouvoirs publics sous-traitent à ces ONG leurs actions, financées par des bailleurs de fonds étrangers aussi bien nationaux qu'internationaux, publics que privés ; où est flagrante la porosité entre les « *secteurs* », par exemple lorsque les soignants émarquent dans des structures publiques et privées, ou dès lors que des espaces publics de soins sont privatisés.

Une réalité connue, dira-t-on. Mais il conviendrait d'en tirer les conséquences et de parler autrement des politiques de « *lutte contre le sida* », en bâtissant des politiques de développement qui n'instrumentalisent pas la maladie, mais bien au contraire la placent en leur centre.

## Notes

1. *Le point sur l'épidémie de sida*, UNAIDS, décembre 2005, [www.unaids.org](http://www.unaids.org).
2. S. Craddock, « Disease, social identity, and risk: rethinking the geography of AIDS », *Transactions of the Institute of British Geography*, 2000, 25, 2 : 153-166.
3. L. Vidal, *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Anthropos-Economica, Paris, 1996, 217p.
4. Y. Jaffré & Olivier de Sardan (éds), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre patients et soignants en Afrique de l'Ouest*, APAD-Karthala, Paris, 2003, 464 p. Voir aussi F. Ouattara, 2002, « Gouvernances quotidiennes au coeur des structu-

Vidal Laurent. (2006)

Pour un autre combat contre le sida

Géopolitique Africaine, (21), 127-137. ISSN 1632-3033