

État, islam et sida en Indonésie : un épineux ménage à trois

*Laurence Husson **

L'Indonésie, quatrième puissance démographique et premier pays musulman du monde, avec 202 millions d'habitants en 1998, reconnaît officiellement moins de 900 cas de VIH-sida. Les experts internationaux, quant à eux, estiment leur nombre à 25 000 ou 30 000 (soit une prévalence de 0,03 ‰ par rapport à la population totale en 1997), laissant augurer que l'épidémie est encore à un stade précoce [Un aids, 1998]. D'autres chiffres plus catastrophiques ont cependant été annoncés pour l'an 2000 (entre 750 000 et 2,5 millions), mais peut-être vaut-il mieux s'en tenir aux estimations diffusées par le ministère du Bien-Être public (en charge de la politique de la République d'Indonésie vis-à-vis du sida) de 600 000 cas escomptés en l'an 2000 ; ceci sans perdre de vue que ces chiffres officiels tiennent certes compte de faits épidémiologiques, mais qu'ils comportent aussi des enjeux politiques, voire financiers, quand ils s'adressent aux bailleurs de fonds internationaux.

Le décalage reste donc énorme entre le nombre de cas détectés et les projections à court terme. Médecins et associations locales reconnaissent en outre que des milliers de personnes meurent du sida en Indonésie sans que la cause réelle de leur décès soit identifiée. Ce flou concernant la prévalence du sida dans l'archipel trahit l'ampleur des difficultés, contraintes et réticences, des autorités vis-à-vis du problème, dans un contexte global assez alarmant si l'on se réfère au rapport de l'Onusida, lequel, en décembre 1997, évaluait à 6,4 millions le nombre de porteurs du VIH dans la seule région Asie-Pacifique. À l'échelle mondiale, un séropositif sur quatre sera donc asiatique, d'ici à l'an 2000. Ces projections amènent à s'interroger sur la situation et l'attitude de l'Indonésie vis-à-vis du sida.

Dans cet article, nous tenterons d'évaluer le retard pris par l'Indonésie dans sa lutte contre le virus, en identifiant tout un ensemble de facteurs, tels que les idéologies manifestes, les pratiques culturelles locales, mais aussi les priorités politiques et économiques du pays qui ont fait obstacle à une réelle prise en charge officielle de la maladie. L'analyse des réponses apportées au sida démontrera que ce dernier est encore, aux yeux de l'État indonésien, une maladie nouvelle et déroutante, et que la principale difficulté a été de reconnaître qu'elle se transmettait par voie

* Chargée de recherche au CNRS, Migrinter-Tide, Poitiers.

Cet article a été réalisé dans le cadre du programme Sida-SHS du CNRS. Du même auteur, voir Husson [1998]; Blanc, Husson (éd.) [à paraître].

sexuelle, par injection de drogue ainsi que par transfusion sanguine. L'État indonésien a voulu croire, pendant près de dix ans, que sa population serait épargnée, et ce au nom de la religion dominante et de l'idéologie nationale; celles-ci envisagent en effet la sexualité comme une harmonieuse répartition des rôles masculin et féminin dans le cadre strict du mariage, en vue de créer une famille modèle, à deux enfants uniquement. Or, depuis juillet 1997, date de l'avènement de la sévère crise économique et politique qui secoue le pays, l'épineuse question du sida et de sa prévention – l'État estime encore « culturellement inacceptable » de promouvoir sur le plan national l'usage du préservatif – a été reléguée en arrière-plan. Nous mesurerons l'impact de cette crise qui, d'ores et déjà, a provoqué un recul de la prévention et une nette augmentation des risques d'infection, alors qu'il devient financièrement impossible de soigner les malades.

La « maladie de l'Autre »

Quand le sida fit son apparition dans l'archipel, il ne fut pas immédiatement perçu comme une MST, transmise par voie hétérosexuelle. La presse, largement contrôlée par l'État, présenta le sida d'abord comme une maladie d'étrangers et de touristes, puis, surtout, comme une maladie d'homosexuels, et ceci d'autant plus que le discours officiel cautionne l'idée que le sida est une punition divine condamnant tout comportement « immoral ou contre nature ». C'est ainsi que, dans une première période, de 1983 à 1987, durant laquelle aucune séropositivité sur le territoire national ne fut révélée, propos et mesures restèrent assez confus. La presse indonésienne commentait l'évolution mondiale de la maladie dans ses pages internationales et relatait les rares prises de position nationales. Ainsi, fin 1983, le ministre de la Santé déclarait que « la meilleure façon de se protéger était d'éviter les homosexuels et de ne pas fréquenter de touristes étrangers ». En 1985, le docteur Arjatmo, de l'université Indonesia, allait jusqu'à avancer que « certains facteurs génétiques pourraient protéger les Indonésiens ». Un an plus tard, le ministre de la Santé pouvait encore affirmer que le sida avait épargné l'Indonésie [*Jakarta Jakarta*, 13 novembre 1987].

En 1987 cependant, un touriste néerlandais mourait à Denpasar (Bali); ce décès était suivi quelques mois plus tard par celui d'un Australien, puis d'un Canadien, dans la capitale, Jakarta. Ces morts étrangères marquèrent les esprits. Bali, le pôle touristique par excellence de l'archipel, devenait alors « l'île la plus vulnérable du pays, du fait de la grande promiscuité entre population locale et étrangers », selon un responsable de l'hôpital de Denpasar [« Nation Warned on the Spread of Aids Virus », *The Jakarta Post*, 1^{er} février 1988]. Mais cette crainte émanant d'un médecin restait abstraite. Dirigeants, médias et opinion publique pouvaient encore rêver sinon d'une invulnérabilité nationale, du moins d'un sida « allogène » cantonné aux étrangers. Même si, dès 1988, comme nous le commenterons par la suite, les premiers cas de VIH nationaux furent dépistés, les regards et les esprits restèrent braqués sur les malades étrangers, ainsi que le révèlent les quelques faits suivants.

Figure 1 – Est-ce que vous apportez le sida, « Mister » ?



En 1993, le jour de la constitution de l'Organisation nationale de lutte contre le sida – sous les auspices du ministère du Bien-Être public mais composée de représentants des ministères de l'Éducation et de la Culture, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, des Femmes, des Services sociaux, des Affaires religieuses et de la Population –, le ministre de la Santé, Sujadi, déclarait que le problème du sida dépassait le strict cadre de la santé. Selon lui, il concernait surtout le ministère du Travail et de la Main-d'œuvre ainsi que les services de l'immigration, puisque « des travailleurs étrangers étaient responsables de l'introduction du virus dans le pays » [« Government to Clamp Down on Misleading Info about Aids », *The Jakarta Post*, 24 juin 1993].

En novembre 1995, c'était au tour des autorités religieuses en général, et des oulémas en particulier, de proposer des mesures pour freiner l'expansion du sida [« Moslem Ulemas come up with Suggestions to Curb Aids », *The Jakarta Post*, 30 octobre 1995]. Lors d'une réunion du Conseil des oulémas indonésiens (MUI¹), une centaine de « sages » convinrent que « le retour à des comportements religieux formerait le meilleur rempart contre la maladie ». Des membres plus radicaux de la branche du MUI de Java-Est (bastion d'un certain traditionalisme musulman) suggérèrent que les autorités devaient exiger un certificat *Aids-free* de tout étranger entrant en Indonésie, en particulier aux points d'entrée touristique. Cette proposition resta sans effet, dans la mesure où le pays tire une part importante de ses revenus du tourisme (à l'époque environ 2 % du PNB).

En 1986, année où le ministère de la Santé déclarait « qu'il n'était pas nécessaire de détecter le virus du sida dans les stocks des banques du sang nationales, puisque la vraie menace épidémiologique du pays était l'hépatite B », la première mesure prise a été de cesser toute importation de sang en provenance de pays fortement touchés par la maladie, comme les États-Unis. La croyance en un sang « national » sain a persisté jusqu'en 1992, date à laquelle un décret ministériel a rendu obligatoire le dépistage de la syphilis et du VIH dans les banques de sang. Ces tests ont confirmé la faible prévalence du VIH à l'échelle nationale: depuis 1992, seules 28 séropositivités ont été révélées sur près de 3 millions de dons [Unaid, 1998 : 20]. Cette mesure et ce résultat, certes, très rassurants, ne doivent cependant pas masquer une réalité: ces tests ne sont effectués que dans les quelques rares grands centres de transfusion sanguine de l'archipel. Nombre d'hôpitaux n'en sont pas dotés et, dans la plupart des cas, les patients peuvent s'estimer extrêmement chanceux de se voir transfuser avec une aiguille stérile, un sang compatible...

Le virus, à quelque niveau que ce soit, individuel, national et international, est toujours envisagé comme un mal venant de l'étranger. Un médecin de la fondation privée Mitra Indonesia dénonçait, en avril 1997, la non-confidentialité pesant sur les noms des malades, mais ne s'étonnait pas que la question de la nationalité des malades ne fût pas perçue comme une forme possible de stigmatisation ou de discrimination. Ainsi, dans les statistiques officielles recensant le nombre de malades,

1 Le MUI, constitué en 1975, rassemble des oulémas de toutes tendances et a la possibilité d'émettre des *fatwa*, arrêtés juridiques, à propos des grands problèmes de société.

citoyens indonésiens et étrangers sont distingués [« Improved Information Needed to Fight Aids », *The Jakarta Post*, 15 avril 1997].

L'idée d'un virus sans frontière s'imposa cependant. C'est pourquoi, en octobre 1996, l'Association des nations du Sud-Est asiatique (Asean) tenta de mettre au point une politique commune de lutte contre le sida. Les pays membres s'accordèrent pour incriminer les migrations de travail clandestines, qualifiées de cause principale de la propagation du virus dans la région, mais trop complexes pour être traitées à l'échelle nationale. Elles font désormais, sur le papier, l'objet d'un programme commun entre le sultanat de Brunei, l'Indonésie, la Malaisie, les Philippines, Singapour et la Thaïlande [« ASEAN Discusses Aids Problems », *The Jakarta Post*, 9 octobre 1996].

En dépit de cette focalisation sur les « étrangers contaminés », les services de santé indonésiens ne pouvaient plus ignorer que la population locale était, elle aussi, touchée par l'épidémie.

L'épidémie est aussi indonésienne

En juin 1988, la presse indonésienne révéla la séropositivité de deux prostituées indonésiennes à Surabaya. Située à l'extrême est de Java, cette ville d'environ 3 millions d'habitants est à la fois la deuxième agglomération et le deuxième port du pays, derrière Jakarta. Elle est réputée abriter le plus grand nombre de prostitués des deux sexes du pays, et la municipalité reconnaît officiellement six « *red-light districts* », auxquels s'ajoutent de très nombreux lieux de prostitution informelle. Quatre années plus tard, la municipalité de Surabaya décida d'entreprendre une campagne de détection du virus parmi le groupe supposé à risque des prostituées et des travestis et testa 400 personnes. Elle révéla la séropositivité de quatre autres professionnel(le)s du sexe. Ce qui ne manqua pas de déclencher une vague de panique, car les médias s'attachèrent à démontrer que les prostituées représentaient un risque pour la société dans son ensemble du fait de leurs multiples clients. Autant il avait semblé facile aux lecteurs des médias de penser qu'ils se protégeraient du sida en évitant de fréquenter les étrangers, puis les homosexuels, autant il devenait déroutant d'envisager qu'une anodine relation sexuelle avec une prostituée pût s'avérer mortelle. Devant la baisse spectaculaire de la fréquentation des lieux de plaisir, les proxénètes de la ville signifiaient en toute bonne foi leur étonnement aux journalistes du principal quotidien régional, du fait que leurs employées avaient droit, tous les samedis, à une piqûre obligatoire d'antibiotiques [*Surabaya Post*, 27 novembre 1991]!

Le gouvernement indonésien qui, entre 1990 et 1993, a fait tester 45 800 personnes, révélant ainsi dix nouveaux cas, a mis en place, en 1993, un programme de dépistage massif auprès des groupes à risque [« Government expands Blood Tests in Combatting Aids », *The Jakarta Post*, 10 juin 1993; *Jakarta Jakarta*, 15 février 1992] en vue de « contenir la progression de la maladie dans le pays ». C'est ainsi que 150 000 tests furent effectués parmi les catégories de personnes les plus exposées: prostituées, homosexuels, hôtesses de boîtes de nuit, masseuses, prisonniers, routiers et marins. Six cas de séropositivité furent également dépistés parmi le contingent de 800 soldats indonésiens envoyés en mission au Cambodge. La presse nationale extra-

Figure 2 – Campagne d'information



Traduction : Le volontaire, perplexe, se demande quel groupe choisir comme cible de sa campagne d'information, tandis que le « monstre » « Aïdes », qui, lui personnellement, ne se pose pas

Les facteurs de risque dans l'archipel sont multiples. Mais parmi eux, deux favorisent en effet une rapide propagation du virus : l'extrême mobilité géographique de la population d'une part, et l'ampleur et la diversité de l'industrie du sexe d'autre part ². D'une façon générale, il faut considérer, dans l'archipel indonésien, que la propagation des maladies vénériennes a été facilitée, tout au long de l'histoire de ce dernier, par le commerce et l'exploitation de ses ressources naturelles qui ont occasionné de nombreux mouvements internes et externes de population, essentiellement vers les zones de développement économique. À l'époque coloniale déjà, l'ouverture de l'économie aux investissements, en entraînant des grands travaux d'infrastructure, le développement des plantations, des mines, des ports et des villes, a provoqué d'importants déplacements de main-d'œuvre masculine « indigène », chinoise, métisse et européenne ³, et a provoqué l'expansion des MST. De la même manière, de nos jours, la révolution des transports, l'exode rural, l'essor de l'urbanisation et l'industrialisation, comme, de façon plus générale, les déplacements de plus en plus fréquents de personnes à la recherche de nouvelles sources de revenu, loin de chez elles – et donc moins soumises à la pression sociale de leur groupe d'origine alors qu'elles sont en âge d'être sexuellement actives – favorisent la propagation du VIH. De plus, l'Indonésie compte un très grand nombre de personnes qui travaillent dans le secteur des transports, et qui, ici comme ailleurs, se révèlent très vulnérables. Les professionnelles du sexe elles-mêmes sont très mobiles (la plupart opèrent loin de leur lieu d'origine pour rester anonymes et déménagent fréquemment, de ville en ville, d'île en île, vers des sites de « transmigration », des nouvelles zones d'exploitation des ressources agricoles ou minières, des camps militaires, etc.), ce qui renforce le risque dans cet archipel très morcelé. À la fragmentation géographique s'ajoutent la faiblesse et l'inégale répartition des structures sanitaires, qui contribuent à entretenir le flou concernant la prévalence du VIH et, donc, à freiner toute action.

Des statistiques épidémiologiques déficientes

Depuis 1987, les chiffres officiels sont actualisés chaque mois afin d'être communiqués à l'OMS. Ces chiffres sont à la base de toutes les campagnes de prévention. Pourtant, ces statistiques ne reflètent absolument pas la réalité de l'épidémie. Il faut dire que le système de collecte de données à l'échelle nationale ne se base pas sur un véritable réseau de surveillance ayant au préalable défini clairement des « populations sentinelles ». Ce fait est désormais reconnu par le ministère de la Santé, bien obligé d'admettre que la collecte des données est encore très imparfaite, tant à l'échelon des services de santé provinciaux que dans les cliniques locales. Les médecins doivent déclarer tout cas de séropositivité ou de sida à l'administration provinciale qui devra confirmer ou infirmer le diagnostic. Mais tous ces services de santé sont loin de pouvoir remplir de façon égale cette fonction, faute de personnel ou d'équipement adéquat. Par ailleurs,

3 Ainsi, la main-d'œuvre urbaine dans les années 1920-1930 comprenait-elle plus de 40 % de migrants circulaires ou temporaires masculins, donnée susceptible d'accroître la demande et l'offre en matière de prostitution [Hugo, 1980].

certaines médecins, qui se sentent tenus par le secret professionnel ou qui estiment que l'état de santé de leur patient est désespéré, s'abstiennent de toute déclaration. Il arrive également que des médecins reçoivent en consultation des patients présentant tous les symptômes du sida sans qu'ils puissent les aider, ni même les conseiller, et encore moins les soigner, et ce par manque d'information et de formation. Il est également vraisemblable que de nombreux cas ne sont tout simplement pas soignés, car non identifiés, ou jugés désespérés, soit d'un point de vue clinique, soit d'un point de vue financier... C'est ainsi que l'Ordre des médecins reconnaît que des centaines de cas par an ne sont ni diagnostiqués, ni comptabilisés.

La population rurale et urbaine défavorisée, quant à elle, a plus volontiers recours à la médecine traditionnelle, jugée plus accessible et meilleur marché. Dans les faits, la majorité des ruraux indonésiens n'ont pas accès à l'information, ni aux services. Le dépistage, la prévention et les soins ne concernent que quelques-unes des grandes agglomérations indonésiennes, pour ne pas dire seulement Jakarta, Surabaya et Denpasar (Bali). En dehors des grandes villes, les médecins n'ont pas l'expérience du sida et sont même parfois encore effrayés à l'idée d'être confrontés à un patient atteint du sida [Tom Wright, 1996].

Il faut aussi noter qu'en Indonésie, la majorité des tests sont effectués dans la phase symptomatique de la maladie, voire lors de sa phase terminale, ceci pour plusieurs raisons: peu osent se soumettre spontanément au test; nombreux sont encore ceux qui évitent les centres de dépistage de peur d'être discriminés. En outre, ne sont pas détectés tous ceux qui, pour des raisons financières, ne peuvent accéder aux soins.

Par ailleurs, un certain nombre de mesures ont été prises pour parer à une extension des maladies vénériennes en surveillant le principal groupe (ou bouc émissaire) incriminé: les prostituées. Toutefois, ces mesures inspirées des dispositions prises dès les années 1850 par les colonisateurs néerlandais s'avèrent elles aussi partielles [Husson, 1999]. La prostitution est en effet un phénomène mouvant et polymorphe, et seules les prostituées « formelles » cantonnées dans des quartiers réservés sont soumises à des examens de santé réguliers. Or, depuis l'indépendance, en 1945, les données statistiques tirées de ces visites médicales ne sont plus centralisées. De nombreuses et récentes études ont cependant été conduites à Jakarta, Surabaya et Bali, auprès de professionnelles du sexe [Thorpe, Ford, Fajans, Wirawan, 1991; Wirawan, Fajans, Ford, 1993; Joesoef, Linnan *et alii*, 1997; Endang, Sedyaningsih-Mamahit, 1997]. Il ressort de ces enquêtes une séroprévalence au VIH faible, malgré des taux de MST élevés, une connaissance inégale des risques et un usage modéré du préservatif. La prostitution dite informelle, de loin la plus considérable numériquement parlant, et la plus exposée au risque, échappe quant à elle à toute collecte de statistiques et à tout suivi médical⁴.

4 Or, outre la recrudescence de la prostitution informelle suscitée par la crise économique, en divers points de l'archipel, bordels officiels, salons de massages et autres lieux de plaisirs ont été victimes de la vindicte populaire et/ou d'associations musulmanes réclamant leur fermeture. Chassées, leurs employées sont venues grossir, dans un climat d'âpre concurrence, les rangs des prostituées dites « informelles ».

Figure 3 – Un « café à filles »



Les bulles sont rédigées en balinais, la traduction indonésienne figure en bas du dessin. Jeu de mot sur le terme « sarong » qui désigne à la fois le vêtement traditionnel malais, mais aussi, dans le langage courant, le préservatif.

Traduction : À l'arrière-plan, un « café à filles » populaire. Le personnage de gauche : « J'utilise toujours un sarong quand je vais voir les filles de mauvaise vie. » Le personnage de droite : « Aïe, aïe, aïe, tu te trompes ! Il ne s'agit pas de ce genre de sarong-là. » Le chien : « Tiens, voilà ce qu'il faut utiliser pour se prémunir du sida ; moi aussi, j'en fais usage lorsque j'ai des aventures... »

Source : *Bali di mata Sompret*, recueil de caricatures de Wayan Sadha, parues dans l'English Corner du *Bali Post*, Penerbit BP, Denpasar, 1994, p. 62.

Enfin, les structures sanitaires sont loin d'être de qualité égale dans tout l'archipel. Les îles périphériques s'avèrent infiniment moins bien équipées que Java. Diagnostic, soins et enregistrement du nombre de cas ne se font pas la même façon à Java et à l'extérieur de Java. Ces inégalités de développement contribuent à brouiller les données. Il est donc, à ce jour, impossible de brosser un tableau clair et exhaustif de l'extension tant des MST que du VIH-sida dans l'archipel, et il faut se contenter de données parcellaires.

Une épidémie en progression

L'examen des statistiques officielles, qui ne sont ni fiables ni exhaustives, s'impose néanmoins car elles révèlent les difficultés du pays vis-à-vis du problème.

Figure 4 – Répartition des cas de VIH-sida par provinces

Provinces	VIH +	Sida	Total	Décès
Jakarta	148	95	243	44
Irian Jaya	131	80	211	35
Riau	102	7	109	3
Bali	35	18	53	6
Java-Est	35	8	43	7
Sumatra-Sud	32	1	33	1
Sumatra-Nord	24	3	27	2
Java-Centre	20	3	23	2
Java-Ouest	11	11	22	8
Kalimantan-Centre	19	0	19	0
Moluques	16	3	19	2
Sulawesi-Sud	8	1	9	1
Kalimantan-Est	10	0	10	0
Yogyakarta	3	3	6	0
Kalimantan-Ouest	4	0	4	0
Kalimantan-Sud	4	0	4	0
Sulawesi-Nord	1	2	3	2
Petites îles de la Sonde occidentales	0	2	2	0
Sumatra-Ouest	2	0	2	0
Petites îles de la Sonde orientales	1	0	1	0
Timor-Est	1	0	1	0
Aceh	1	0	1	0
Lampung	1	0	1	0
Total	609	227	846	113

Source : ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

Le tableau indique que 23 des 27 provinces indonésiennes sont touchées. Les statistiques révèlent que trois d'entre elles sont particulièrement affectées : la capitale, Jakarta, l'Irian Jaya et Riau. Il aurait été étonnant que Jakarta, mégapole cosmopolite et industrielle de 10 millions d'habitants, creuset de toutes les populations de l'archipel, n'arrive pas en tête de liste des provinces les plus touchées par le virus. Ou faut-il penser que c'est parce qu'elle bénéficie des meilleures infrastructures médicales qu'elle est la province où le dépistage est le plus efficace ? La plus orientale des provinces indonésiennes, l'Irian Jaya, riche en ressources minières et très peu peuplée, affiche des taux élevés de contamination, dus à la présence de marins-pêcheurs thaïs établis depuis une dizaine d'années dans cette région. Ces derniers auraient transmis le virus à des prostituées indonésiennes qui, elles-mêmes, auraient contaminé des Papous. L'épidémie thaïe en Irian a fait l'objet d'études détaillées, grâce au soutien financier et logistique d'Ausaid et du réseau Path (*Program for Appropriate Technology in Health*). L'épidémie dans la province de Riau, quant à elle, s'explique par le statut de zone franche de sa capitale : Batam. Mi-touristique, mi-industrielle, cette zone a connu

Figure 5 – Répartition par nationalité

Nationalité	VIH +	Sida	Total
indonésienne	422	193	615
étrangère	170	44	214
inconnue	17	0	17

Source : ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

un développement sans précédent, qui a attiré migrants, prostituées et touristes transfrontaliers. En dépit des craintes des autorités indonésiennes, l'intense fréquentation touristique de Bali – plus de 2,5 millions de touristes par an – ne semble pas avoir provoqué un accroissement du nombre de malades. Faut-il y voir le fruit de bonnes et précoces campagnes de prévention locales ou bien la marque de la vigilance des touristes, majoritairement originaires des pays de l'OCDE ? Ou faut-il penser que les autorités indonésiennes, souhaitant préserver la manne touristique, minorent les statistiques ? Ces trois hypothèses se conjuguent vraisemblablement. Les autres provinces recensées affichent des chiffres encore modestes, faute d'un système de santé adapté. Mais il est certain que le virus a gagné des provinces reculées, où il a été introduit par le biais de travailleurs étrangers (pêcheurs, marins) et de nationaux mobiles (routiers, marins, prostituées, migrants...) et que, des côtes et des ports, il gagne l'intérieur des terres, généralement moins développées. Pour l'instant, et de façon théorique, neuf provinces ont été définies comme « lieux sentinelles » : Jakarta, Java-Ouest, Centre et Est, Bali, Yogyakarta, Riau, Sumatra-Nord ainsi que les petites îles de la Sonde occidentales, dans l'attente de pouvoir étendre ce réseau de surveillance aux 18 autres.

En mars 1999, le pays avait recensé 609 séropositifs, 227 cas de sida déclarés, soit 846 personnes, et reconnaissait officiellement 113 décès par sida.

Le critère de nationalité montre que 73 % étaient Indonésiens et 25,3 % étrangers. Parmi ces derniers figurent nombre de Thaïs (136 marins-pêcheurs dépistés dans les provinces d'Irian Jaya, de Riau, de Sumatra-Sud et Nord et Kalimantan). Il faut cependant préciser que le nombre de travailleurs immigrés indonésiens et d'étudiants dans les Émirats arabes unis, la Malaisie, Singapour ou la Corée excède largement celui des « étrangers » présents dans l'archipel (près de 1 700 000 travailleurs migrants légaux, ainsi que plus de 2 500 000 clandestins, selon l'OIT, en 1998). Il est par ailleurs ambigu que ces malades non indonésiens apparaissent dans les statistiques nationales, puisque tout étranger contagieux est censé être immédiatement expulsé, tout particulièrement en cas de sida.

Plus que la nationalité, l'âge est un facteur essentiel du problème.

Le tableau de la figure 6 révèle que moins de 1 % des personnes infectées sont mineures, et qu'elles ont vraisemblablement été contaminées vers l'âge de 10 ans. Peut-être faut-il y voir la marque des mariages d'enfants prépubères et de la prostitution infantile, relativement fréquents. Les adolescents, de par leur nombre, leur pouvoir de contestation politique et leur aspiration à plus de libertés – dites occidentales –, tendent à devenir le futur groupe à risque. Or, leurs aspirations et

Figure 6 – Répartition par tranches d'âge

Tranches d'âge	VIH +	Sida	Total
1	1	2	3
1-4	2	0	2
5-14	0	1	1
15-19	49	8	57
20-29	332	61	393
30-39	128	108	236
40-49	37	48	85
50-59	6	7	13
60	1	2	3
âge inconnu	53	0	53

Source : ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

leurs comportements, en particulier sexuels, tendent à nier les valeurs de l'ordre établi. C'est pourquoi la sexualité avant le mariage s'avère un sujet politiquement beaucoup plus sensible que les autres formes de sexualité extraconjugale, dont la prostitution. Les campagnes nationales éludent totalement la question. Ni éducation sexuelle, ni incitation au port du préservatif ne s'adressent encore directement aux adolescents.

Figure 7 – Répartition par sexe

Sexe	VIH +	Sida	Total
masculin	338	193	531
féminin	249	44	293
inconnu	22	0	22
Total	609	237	846

Source : ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

Les 30-39 ans forment le groupe qui cumule le plus de cas de sida déclaré, tandis que les plus nombreux cas de séropositivité ont été dépistés dans la tranche des 20-29 ans. Globalement, la tranche des 20-39 ans s'avère la plus touchée avec plus de 74 % des cas recensés. Cette tranche sexuellement très active, en âge de procréer et en pleine possession de sa force de travail, risque fort d'être décimée.

Ce tableau montre que 62,7 % des cas de VIH-sida enregistrés concernent des hommes et 34,6 % des femmes. Même si ces données ne correspondent qu'à un pourcentage très restreint du nombre de sujets infectés et ne peuvent donc se tra-

Figure 8 – Répartition du nombre de cas de VIH et de sida selon le mode de transmission

Mode de transmission	VIH +	Sida	Total
hétérosexuel	478	142	620
homosexuel	35	71	106
par injection de drogue	3	3	6
transfusion sanguine	0	3 *	3
hémophilie	1	1	2
transmission périnatale	3	3	6
inconnu	89	14	103

* dont 2 contaminations lors d'une transfusion sanguine à l'étranger.

Source: ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

duire en termes d'épidémiologie, on constate cependant que l'écart encore très marqué il y a peu entre le nombre d'hommes et de femmes infectés tend à diminuer. Le nombre de femmes contaminées augmente en effet et il y a tout lieu de craindre que cette tendance s'accroisse. Il est urgent pour cette raison de mobiliser les femmes dans leur ensemble. Si les prostituées ont été les premières cibles des campagnes de prévention, il faut désormais s'adresser tout particulièrement aux femmes mariées – qui se sentent protégées par leur statut –, aux fiancées et autres « petites amies », susceptibles à tout moment d'être infectées par un compagnon volage: la fréquence du multipartenariat et du recours aux « services » des prostituées n'est en effet plus à démontrer.

L'examen des statistiques concernant les modes de transmission confirme largement ce risque.

Si l'on se réfère aux modes de transmission du virus tels qu'ils sont établis par le ministère de la Santé indonésien, les transmissions par voie hétéro- (73,28 %) ou homosexuelle (12,52 %) représentent à elles deux 85,8 % des cas de contamination, largement favorisée par une industrie du sexe florissante. 12,7 % des modes de contamination demeurent inconnus. Ce pourcentage de personnes ne sachant pas comment elles ont contracté le virus est élevé et nécessiterait de plus amples investigations.

Les injections de drogue demeurent un phénomène extrêmement marginal⁵ et ne semblent pas, pour l'instant, nourrir d'inquiétudes, à la différence de la

5 Il a été admis pendant des années que les injections de drogue ne faisaient pas partie de la « culture » indonésienne. Cette hypothèse est confirmée par les statistiques officielles, qui attestent que sur 764 cas détectés de VIH-sida, deux seulement concerneraient des drogués par injection. Les ONG ne partagent cependant pas cette opinion. D'une part, en novembre 1997, un rapport du réseau « Asian Harm Reduction » avançait les chiffres de 30 000 à 40 000 utilisateurs de drogues injectables. Depuis l'avènement de la crise, cette même ONG atteste la présence sur le marché d'une plus grande variété de drogues injectables ainsi qu'un rajeunissement et une augmentation alarmante du nombre de toxicomanes. D'autre part, transsexuels et prostituées ont parfois recours, dans un but esthétique, aux injections de silicone, souvent effectuées de façon collective avec la même seringue.

Malaisie, de la Thaïlande ou de la Chine du Sud. Cependant, l'absence totale de cas de contamination par transfusion sanguine sur le territoire indonésien n'est guère plus crédible que les 846 cas de VIH positif et de sida détectés. Quand on sait que, faute de moyens et d'information, la même aiguille non stérilisée pique une douzaine de patients d'affilée dans la plupart des dispensaires – et même des hôpitaux – de l'archipel, on peut être certain que le sang des donneurs n'est pas testé systématiquement, en dépit des risques élevés de transmission de l'hépatite B, pour ne mentionner qu'elle.

Les cas de transmissions périnatales, non détectées jusqu'en 1994, commencent à apparaître dans les statistiques. Mais ces chiffres sont loin d'être exhaustifs, car un grand nombre de femmes enceintes accouchent encore à la maison ou dans de rudimentaires dispensaires, sans bénéficier d'aucun suivi médical. Des études ont pourtant relevé de très forts taux de MST dans l'archipel. Ainsi 25 à 40 % des femmes qui consultent les services du Planning familial (KB) à Jakarta et Yogyakarta souffrent de MST [*Inside Indonesia*, 1997]. Les antennes du KB distribuent pourtant à l'échelle nationale des moyens de contraception à environ 24 millions de personnes, mais le préservatif est la moins prisée des méthodes (3,6 millions d'utilisateurs, contre 7,67 millions de femmes ayant recours aux piqûres contraceptives – parfois effectuées à la chaîne –, 7,3 millions à la pilule et 5,3 au stérilet) [Sima Gunawan, 1995].

L'examen des statistiques nationales montre que l'épidémie longtemps invisible et sous-estimée est en passe d'entrer dans une phase critique. Quelles ont été les mesures prises par les pouvoirs publics pour endiguer le péril ?

Des entraves morales et idéologiques à la prévention

Pour être suivie d'effet, toute bataille contre le sida doit se mener sur plusieurs fronts (l'éducation, la santé, l'économie, la politique, la religion), et l'État est amené à y jouer un rôle central; de sa stratégie dépend le succès ou l'échec. Or chaque État distille implicitement ou non son idéologie en matière de valeurs et de droits. Dans bien des contextes, morale et sida sont encore étroitement liés puisqu'à la maladie sont associées les notions de promiscuité ou de déviances sexuelles et qu'elle se voit même attribuer certains espaces; ces représentations influent inévitablement sur les politiques gouvernementales. Ceci est particulièrement perceptible en Indonésie, où le discours moral entourant la maladie est extrêmement complexe.

L'État indonésien, bureaucratique et autoritaire, qui conduit une politique d'encadrement de la population très efficace, a mené tambour battant des campagnes d'alphabétisation, de vaccination, de propreté urbaine qui ont porté leurs fruits. L'exemple le plus parlant du pouvoir de contrôle de l'État sur les citoyens réside dans le succès du Planning familial indonésien, qui pourtant, lors de son lancement au début des années soixante, s'est vu condamner par plusieurs organisations musulmanes, et n'a obtenu ses premiers succès qu'après que le président Suharto en personne s'est mis à le soutenir très explicitement. L'État aurait pu, de la même manière, mobiliser efficacement la population à propos du sida, même s'il est vrai que régir la sexualité des individus est infiniment plus ardu que

Figure 9 – Le sida est une malédiction divine



Traduction : L'homme : « Le sida est la malédiction divine pour tous ceux qui s'écartent de la religion. »

La grenouille : « Monsieur, quand un bébé est infecté, est-ce alors une malédiction héréditaire ? »

Source : *AIDS dimataku*, recueil de dessins humoristiques de Mufid Aziz Sudibja sur le thème du sida, Ford Foundation/Project Concern International/Hotline Surabaya, Yayasan Karsa Kreatif 1326, Jakarta, 1996, p. 24.

contrôler les naissances. Or il a peu agi en raison des réticences des ministères de l'Éducation et des Religions à l'égard de toute forme d'éducation sexuelle. L'Indonésie a d'ailleurs attendu sept ans après la révélation du premier cas d'infection pour élaborer une stratégie gouvernementale de lutte contre le sida. L'idéologie dominante en matière de moralité publique et de comportements « déviants » semble avoir tué dans l'œuf toute velléité de prévention. Le Conseil des oulémas indonésiens a en effet refusé une campagne nationale incitant au port du préservatif, arguant de « l'immoralité » et de la « permissivité » inscrites dans une telle démarche. Le ministre du Bien-Être public estime d'ailleurs que la religion et le retour aux valeurs morales sont le meilleur moyen d'endiguer la contagion. Le gouvernement n'a pour l'instant pas défini de politique claire et a même parfois opté pour des positions ambiguës. Ainsi, en 1995, le président de

la Commission nationale contre le sida déclarait en public qu'il avait été prouvé scientifiquement que les préservatifs ne protégeaient nullement du sida. Un débat s'est ensuivi, amplement commenté par les médias. Les détracteurs du préservatif inventèrent pour l'occasion le concept de « *kondomisasi* » (de l'anglais *condom*), terme très péjoratif synonyme de société permissive et de mœurs condamnables. On imagine aisément que de tels débats ont desservi la cause des ONG.

Partant du principe que plus de 80 % des malades ont contracté la maladie « en se livrant à des pratiques sexuelles immorales » et que le « virus est une punition divine », le MUI a jugé que l'incitation généralisée au port du préservatif favoriserait les relations sexuelles hors mariage et banaliserait la prostitution. En décembre 1995, un membre éminent de l'ICMI (Association des intellectuels musulmans, création du président Habibie), Amir Hamzah, allait même jusqu'à affirmer que les campagnes internationales de prévention contre le sida étaient « infiltrées par des sionistes ».

Le mouvement sioniste pouvait, selon lui, tirer parti de ces campagnes, puisque les plus grandes usines de préservatifs, américaines ou allemandes, étaient « la propriété d'hommes d'affaires juifs » [*INIS Newsletter*, 1998, XV: 34] ! Des sermons le vendredi dans les mosquées, des panneaux affichant des sourates du Coran à l'entrée des quartiers réservés, devaient inciter les fidèles à bannir toute relation sexuelle pré et extramaritale.

Le refus opposé au basketteur américain « Magic » Johnson de se rendre en Indonésie pour soutenir la lutte contre le sida, du fait justement de sa séropositivité, a été largement médiatisé, réactivant ainsi le débat à propos d'un éventuel dépistage à imposer à tout étranger pénétrant sur le territoire indonésien.

Ces attitudes xénophobes ont été vivement critiquées par les principaux bailleurs de fonds internationaux; et, depuis, les autorités indonésiennes se sont amendées. Mais certains volontaires engagés dans la lutte contre le sida dénoncent encore les propos de certains officiels qui contredisent les consignes nationales, censées encourager le dépistage volontaire et anonyme, la confidentialité des résultats et la prise en charge du malade. Il semble en effet que mesures discriminatoires, quarantaines, tests forcés, non-confidentialité des résultats, surveillance policière de malades soient encore de mise.

Devant cette difficile mise en place d'une politique nationale éthique et cohérente, ce sont les ONG – au nombre d'une cinquantaine – qui, en Indonésie, ont pris les devants, en menant, grâce à des financements étrangers, des campagnes de prévention actives s'adressant aux groupes à risque des prostituées, des travestis, des homosexuels et des routiers. Il faut cependant souligner que l'appréciable travail effectué par ces ONG se limite à certaines villes, notamment Jakarta, Yogyakarta, Bandung, Surabaya, Semarang, Denpasar, Manado, Ujung Pandang, Kupang, Merauke et Riau. Outre les ONG, les médias – avec l'aval du ministère de l'Information – et tout particulièrement la presse écrite ont été les relais d'information les plus efficaces pour la population (de janvier 1996 à fin 1998, dans les deux quotidiens nationaux *Kompas* et *Suara Pembaruan*, nous avons dénombré une moyenne de six articles mensuels, et cinq dans le quotidien en langue anglaise *The Jakarta Post*).

Mais, d'une façon générale, le discours sur le sida continue de stigmatiser les groupes à risque. Qui plus est, trop d'articles de presse, en mettant l'accent sur les cas de sida étranger et sur ceux des Papous d'Irian Jaya (Indonésiens, mais noirs de peau et avec lesquels les Indonésiens de souche malaise, majoritaires, ne veulent pas s'identifier), perpétuent le mythe d'un sida qui ne concernerait que les autres, les étrangers, les prostituées, les homosexuels, les « primitifs », mais non les Malais, et encore moins les « bons musulmans ».

Pour améliorer la prévention, il serait souhaitable que des études sur les comportements sexuels soient menées, en toute objectivité et sans censure. Il faudrait également que les hommes, de par leur rôle prééminent dans la famille indonésienne, deviennent la cible prioritaire de ces campagnes. Des séances d'information pourraient également s'adresser à tous les personnages officiels et publics, ainsi qu'aux médecins, singulièrement démunis face au syndrome.

La chute du président Suharto, qui a provoqué un profond mouvement de réformes, laissait espérer des changements positifs en matière de prévention. Mais la fin du « miracle asiatique » a terni cet espoir.

Sida et crise monétaire asiatique

La très sérieuse crise financière que traverse l'Indonésie depuis le mois de juillet 1997 oblige le gouvernement à mettre en sourdine la question du sida et sa prévention. Or, les faillites en cascade, l'accroissement du chômage (deux millions de sans-emploi en plus entre juillet et décembre 1997), le taux d'inflation très élevé (30 % environ durant les douze derniers mois), le retour des immigrés renvoyés de leur pays d'accueil, eux aussi ébranlés par la crise, ont d'ores et déjà provoqué une sérieuse recrudescence de la prostitution. C'est ainsi que l'ONG « Société indonésienne des enfants libres », basée à Yogyakarta, déclarait au *Jakarta Post*, le 26 juillet 1998, que, selon ses propres évaluations, le pays comptait près de 650 000 prostituées, dont 150 000 déclarées, contre seulement 70 000 en 1996. Donnée plus inquiétante encore, 30 % de ces dernières auraient moins de 18 ans. Ce pourcentage élevé est à mettre en relation avec la déscolarisation qui a jeté dans la rue des dizaines de milliers d'enfants dont les parents, acculés par la crise, ne peuvent tout simplement plus payer la scolarité. Depuis l'avènement de la crise monétaire, la « Société indonésienne des enfants libres » aurait dénombré plus de 100 entrées en prostitution par mois. Dans la mesure où les risques pris par les prostitué(e)s varient en fonction du degré d'information, d'éducation, de pauvreté, et du type de clientèle fréquentée, il est à craindre que l'entrée massive sur le marché du sexe des victimes de la crise économique ne conduise les intéressées à brader leurs services auprès de clients rendus moins assidus et plus économes (prestations moins chères, « à la sauvette », sans hygiène, négociation du préservatif, etc.). Précisons qu'en octobre 1997, lors de la première dévaluation de la monnaie indonésienne, le coût du préservatif pouvait déjà représenter plus du tiers du prix de la prestation d'une prostituée de dernier rang.

La crise inquiète également le planning familial. C'est ainsi que le ministre indonésien de la Population déclarait en juin 1998 que « le prix des contraceptifs avait été multiplié par cinq », ce qui laissait craindre une explosion de la natalité

[«Contraceptifs trop chers en Indonésie », *Équilibres et Populations*, juin-juillet 1998, 41 : 7 ; « Enfants de la crise ? », *Sciences humaines*, novembre 1998, 88], en particulier parmi les 33 millions de couples fertiles, dont 27 millions en 1998 participaient activement à des programmes de contrôle des naissances. Outre le problème de la natalité, cette augmentation du coût des préservatifs risque aussi d'accroître la propagation des MST et les contagions par le VIH.

La dévaluation de la monnaie locale se répercute quant à elle nécessairement sur le coût déjà très élevé des traitements. Quand on sait que le traitement médical d'un patient atteint du sida revenait à 164 millions de roupiah (70 000 dollars) par an en 1996, il est clair que ces traitements ne sont désormais plus accessibles à quiconque. À titre indicatif, en mars 1998, l'Adovi avait augmenté de 108 %, l'Hivid de 356 %, tandis que l'Invirase, le Coxivan et le Norvir, déjà hors de prix avant la crise, n'étaient tout simplement plus présents sur le marché indonésien [« Penanggulangan Aids diterpa krisis », *Suara Karya*, 2 avril 1998]. Le gouvernement incite donc la population à consommer des médicaments traditionnels, « souvent plus efficaces que ceux importés ». Nombre de malades doivent se contenter de tisanes médicinales, d'amulettes et de formules magiques et trouver un réconfort dans la religion : apprendre à vivre selon les principes « 3A », « *adat, alam dan Allah* » (tradition, nature et Dieu), ainsi que le prônent les guérisseurs, chaque jour plus nombreux à ouvrir des officines et à promettre des miracles.

Un problème de priorités

Les perspectives d'évolution de l'épidémie de sida dans l'archipel indonésien, bien qu'encore incertaines, ont manifestement de quoi inquiéter. D'une façon générale, les experts occidentaux se montrent pessimistes, estimant que l'épidémie en Indonésie, avec cinq ans d'écart, se développe sur le même schéma que l'épidémie thaïe, très étudiée, voire que l'épidémie indienne. Les experts indonésiens ne partagent pas ce point de vue et veulent encore espérer que l'épidémie pourra être contenue, grâce à une harmonieuse collaboration entre ONG et gouvernement. Mais, comme au sein du gouvernement lui-même une politique claire n'a pas été définie, il est permis de penser que les objectifs des ONG et du gouvernement vont encore diverger. Le 2 décembre 1998, 28 oulémas d'Indonésie, de Thaïlande, de Singapour, de Malaisie, des Philippines et de Brunei ont, quant à eux, signé à Jakarta une déclaration commune. Parmi les quinze mesures à suivre, en accord avec l'islam, figurent le droit au préservatif au sein d'un couple marié dont l'un des conjoints est malade, l'autorisation de mariage entre séropositifs, la prohibition de l'euthanasie et de l'avortement, l'obligation faite aux oulémas de soutenir les campagnes nationales de prévention à condition qu'elles ne s'opposent pas aux préceptes de l'islam. Les mariages entre séropositifs et séronégatifs sont par contre déconseillés et le retour aux valeurs religieuses préconisé, une fois encore, comme la meilleure arme [« Ulema Asean mengeluarkan fatwa masalah HIV-Aids », *Suara Karya*, 5 décembre 1998].

L'épidémie semble certes encore à un stade précoce si l'on en croit les statistiques officielles, mais chacun reconnaît que celles-ci ne sont pas crédibles. En dépit de toutes les recommandations de l'OMS et de l'Onusida, les autorités ont

tardé à réagir énergiquement au tout début de l'infection. Tout laisse à penser que, durant près de dix ans, période au cours de laquelle la maladie est restée quasi invisible et a eu tout loisir de se propager – d'autant que l'archipel cumule un grand nombre de facteurs de risque –, les rares mesures prises à l'échelle nationale ont été insuffisantes. L'Indonésie, il est vrai, est confrontée à plusieurs problèmes de santé majeurs : l'hépatite B, qui se transmet selon le même mode que le sida – et dont l'Indonésie détient le plus fort taux asiatique –, la tuberculose, en recrudescence constante ces dernières années et, depuis peu, des carences alimentaires, propres à favoriser toutes les formes d'infections. En outre, le pays affronte une grave crise économique et politique, ce qui oblige les autorités à redéfinir ses priorités. Il est à craindre que, dans un tel contexte et malgré les terribles conséquences, à long terme, de la maladie sur le développement, le sida ne soit pas reconnu comme une des toutes premières préoccupations du pays.

BIBLIOGRAPHIE

- BLANC M.-É., HUSSON L. (éd.) [à paraître], « Sexualité, prostitution et sida en milieu urbain indonésien », in *Sociétés asiatiques face au sida*, Paris, L'Harmattan, 425 p.
- ENDANG R., SEDYANINGDIH-MAMAHIT [1997], « Clients and Brothel Managers in Kramat Tunggak, Jakarta, Indonesia: Interweaving Qualitative with Quantitative Studies for Planning STD-Aids Prevention Programs », *Southeast Asian Journal for Tropical medicine and Public Health*, 28 (3): 513-524.
- GUNAWAN S. [1995], « Aids Create Additional Role for Condoms », *The Jakarta Post*, 1^{er} décembre.
- HUGO J. [1980], « Population Movements in Indonesia during the Colonial Period », in J.J. Fox, R.G. Garnaut, P.T. McCawley, J.A.C. Mackie (éd.), *Indonesia: Australian Perspectives*, Canberra, RSPS: 95-136.
- HULL T.H., SULISTYANINGSIH E., JONES G.W. [1997], *Pelacuran di Indonesia, Sejarah dan Perkembangan*, Jakarta, Pustaka Sinar Harapan.
- HUSSON L. [1998], « Le VIH en Indonésie: un virus de bord de route, fortement lié aux migrations », *Migrations et Santé*, numéro thématique sida, 94-95: 31-54.
- JOESOEUF M.R., LINNAN *et alii* [1997], « Patterns of Sexually Transmitted Diseases in Female Sex Workers in Surabaya, Indonesia », *International Journal of STD & Aids*, 8: 576-580.
- THORPE L., FORD K., FAJANS P., WIRAWAN D.N. [1991], « Correlates of Condom Use among Female Prostitutes and Tourist Clients in Bali, Indonesia », *Aids Care*, 9 (2): 181-197.
- UNAIDS [1998], *Country Profile: the Republic of Indonesia*, Joint United Nations Programme on HIV-Aids (Unaids).
- WIRAWAN D.N., FAJANS P., FORD K. [1993], « Aids and STDs: Risk Behaviour Patterns among Female Sex Workers in Bali, Indonesia », *Aids Care*, 5 (3): 289-303.
- WRIGHT T. [1996], « Possible Aids Cure, a Dream for Many », *The Jakarta Post*, 3 août.