

« LE SIDA VA RAYER L'AFRIQUE DE LA CARTE DU MONDE »

FRED EBOKO

PAYS CITÉS Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République Centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Zambie, Zimbabwe

IR CORRÉLÉES enfants de la rue, esclavage actuel, démocratie étrangère, fécondité-démographie, femmes soumises, jeunes, guerres, pauvres, polygames, scolarisation primaire universelle

L'Afrique subsaharienne est la région du monde qui paye le plus lourd tribut à la pandémie du sida. Fin 2004, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida¹ (ONUSIDA) estimait que 35 à 44 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida sur la planète dont près de 60 % en Afrique subsaharienne avec 25,4 millions de personnes infectées. Parmi les 3,1 millions de personnes décédées du sida en 2004 dans le monde, l'Afrique en a enterrées 2,3 millions², soit, en vingt-quatre heures, plus de deux fois l'équivalent des pertes humaines du World Trade Center. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 6,9 % des femmes et 2,2 % des hommes vivaient avec le VIH fin 2004.

Cette tragédie indéniable produit néanmoins quelques raccourcis médiatiques qui laissent supposer que l'Afrique va être rayée de la carte du monde dans les décennies à venir.

Les effets catastrophiques estimés du sida malgré les incertitudes

Taux de séroprévalence au VIH/sida chez les 15-49 ans dans quelques pays africains					
%	27 à 39 %	19 à 26 %	13 à 28 %	5 à 13 %	Moins de 2 %
Pays	Botswana	Afrique du Sud	Malawi	Côte-d'Ivoire	Sénégal
	Lesotho	Namibie	Mozambique	Cameroun	Guinée
	Swaziland	Zimbabwe	Kenya	Éthiopie	Mauritanie
		Zambie	Centrafrique	Ouganda	Niger

Source : ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de sida, Genève, décembre 2003 et décembre 2004³

Le tableau ci-dessus montre une certaine diversité qui marque les dynamiques épidémiologiques en Afrique, suivant les zones géographiques et les pays. Alors que l'Afrique centrale et orientale était la « zone de prédilection »⁴ de cette épidémie pendant les années 1980 et 1990, l'Afrique australe constitue à ce jour la sous-région la plus affectée par le sida.

La rapidité des réponses des populations à la pandémie reste encore mal mesurée. Ainsi, on note la montée en puissance de l'abstinence et de l'usage du préservatif dans les enquêtes EDS (Enquêtes démographie et santé) : de 9 à 22% au Cameroun entre 1991 et 1998, de 4 à 14% au Ghana entre 1988 et 1998, de 9 à 17% en Zambie entre 1992 et 1996, etc. En Afrique australe, on estimait en 2005 à 2% seulement le taux d'usage du préservatif chez les couples sexuellement actifs. Mais quelle valeur accorder à ces enquêtes déclaratives ?

Les dynamiques épidémiologiques changent avec le temps

Des dynamiques épidémiologiques d'une grande diversité, des ripostes collectives très différentes et, enfin des gains dissemblables sont en fait à l'œuvre. D'un pays à l'autre, d'une décennie à l'autre, les leçons retenues confirment une première conclusion empirique : les premiers d'hier peuvent être les derniers de demain et inversement. Dans la première décennie de l'épidémie, Cameroun et Nigeria étaient présentés comme des « miraculés », tandis que l'Ouganda connaissait un pic de contamination. Alors que le VIH se déclarait en même temps à Kinshasa, Kampala, Kigali et Lusaka, il est resté stable dans la capitale de l'ex-Zaire alors que sa prévalence explosait dans les trois autres capitales, sans explication évidente et simple. Avec l'entrée dans la troisième décennie du sida en Afrique, l'Ouganda est présenté comme un « modèle » à suivre avec une diminution de l'infection (prévalence de 13% en 1990 contre 4% en 2004), en particulier chez les adolescentes, alors que le Cameroun est le pays qui connaît la phase explosive la plus forte en Afrique centrale et occidentale. Deux décennies de mobilisation collective en Ouganda ont donné des résultats alors que le Cameroun paye un silence politique et une adhésion passive aux règles internationales.

Les spécificités d'Afrique australe : des « afflictions »⁵ chez Thabo Mbeki au péril du « riche » Botswana

L'Afrique du Sud était à la fin des années 1990 dans l'œil du cyclone, avec une expansion du VIH qui semblait suivre la fin de l'apartheid. Moins de cinq ans plus tard, les populations les plus vulnérables semblent sortir petit à petit du cercle vicieux de l'exposition au risque et ce pays connaît à son tour des inversions de courbe qui attestent du travail de prévention réalisé auprès des jeunes en particulier.

Ce cas illustre les contradictions des relations Nord-Sud et la simplification des informations sur le sida en Afrique. Avant d'accueillir une conférence mondiale sur le sida en 2000 à Durban, l'hôte, le président Mbeki, dans une lettre publique d'avril 2000, remettait en cause les connaissances sur le sida, en particulier le lien de cause à effet entre le virus d'immunodéficience humaine (le VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Partant, Thabo Mbeki opérait un rapprochement

entre pauvreté et sida en Afrique et s'opposait au discours médical dominant sur le sida comme sur les antirétroviraux, ARV. Dans le même temps, son pays s'était engagé à importer des ARV génériques, contre les accords sur la propriété intellectuelle et les lois du commerce, défendus par les multinationales pharmaceutiques et les grandes puissances.

Des analyses fines s'opposent à juste titre au tollé médiatique qui a déferlé contre le discours « irresponsable »⁶ du leader sud-africain. Il s'est agi en effet pour le chef de l'État de rappeler la vocation de son pays à porter la « Renaissance africaine », dans un univers post apartheid chaotique que le sida amplifie⁷. Il voudrait que son pays s'impose en pôle majeur d'une parole de l'Afrique qui ne soit pas le simple écho des « vérités » des grandes puissances⁸. Dans le même temps, ses propos signent aussi un aveu de détresse et de relative impuissance vis-à-vis d'un choc épidémiologique qui touche plus de 5 millions de personnes en Afrique du Sud. Pour autant, les associations locales de lutte contre le sida, qui ont la capacité à s'opposer aux discours présidentiels, montrent que les médias occidentaux ont hypertrophié la portée des propos de Thabo Mbeki. La pression internationale des ONG et de la société civile sud-africaine a ainsi pu obtenir le retrait de la plainte des laboratoires pharmaceutiques contre l'État sud africain. La baisse des courbes de séroprévalence depuis une décennie dans ce pays résulte de la conjonction de plusieurs facteurs qui agissent dans une société en profonde mutation démocratique, corrélée à une situation sociale problématique sur laquelle se greffe la variante la plus pathogène du VIH (le sous-groupe C).

En revanche, le Botswana a atteint le seuil critique des 40% de séroprévalence chez les 15-49 ans alors que ce pays est l'un des plus riches du sous-continent disposant du système de santé le plus performant. La relation stricte entre pauvreté et VIH est ici battue en brèche.

On ne comprend pas en effet la diffusion, les pauses et le reflux de la pandémie, tant les corrélations entre sida et autres phénomènes sont difficiles à établir : avec la guerre (confirmée au Mozambique, démentie en Angola), avec une urbanisation élevée (vraie en Afrique du Sud, mais pas au Sénégal), et avec la densité de population (vérifiée au Rwanda, mais pas au Botswana). La diversité africaine s'exprime à l'endroit de ce fléau. Son mode de transmission principal (les relations hétérosexuelles) est éminemment relationnel et peut être sujet potentiellement à un changement très élevé, suite à une prise de conscience des risques.

L'embellie ougandaise, la résistance sénégalaise, le Cameroun sous la pression du VIH

Si les jeunes femmes, en Ouganda par exemple, sortent petit à petit de la spirale de l'exposition au risque, c'est le fruit d'un travail collectif entrepris depuis une vingtaine d'années, tant au niveau politique et sanitaire (prévention) que dans le

monde des associations. À Kampala d'abord, et ensuite sur l'ensemble du territoire ougandais, des relais associatifs et des conseillers psychosociaux forment des structures de conseil (le *counselling*) qui assurent le pré-test, le test de dépistage du VIH proprement dit et l'accompagnement des patients. De plus, l'implication des personnes vivant avec le VIH dans cette prise en charge de la maladie a conduit à démystifier la maladie et à réduire considérablement la stigmatisation et l'exclusion que subissent ailleurs les séropositifs. À ce titre, *The Aids Support Organisation* (TASO) est un exemple célèbre de la dynamique communautaire / associative en Ouganda, grâce à l'initiative d'une femme dont le nom est aujourd'hui un emblème africain de la lutte contre le sida : Noreen Koleba. « *L'Ouganda continue à apporter la preuve que l'épidémie recule devant les interventions humaines [...] L'utilisation du préservatif chez les femmes célibataires de 15 à 24 ans a presque doublé entre 1995 et 2000/2001, et un nombre plus important des femmes de ce groupe d'âge ont retardé leur activité sexuelle ou pratiquent une totale abstinence*⁹. »

D'autres pays montrent aussi une capacité de réponse intéressante : le Sénégal est un pôle de prise en charge thérapeutique efficace avec l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISARV). Bien que la pandémie soit contenue sous le seuil des 2% de personnes atteintes, ce pays bénéficie d'une grande réussite au niveau de la recherche virologique (le co-découvreur du VIH2 en 1984 est le Pr. Souleymane M'boup, de Dakar) et d'une cohérence politique importante en matière de lutte contre le sida. L'exemple sud-africain cumule l'acuité de la mobilisation collective (ONG, associations, partenaires internationaux) et l'infortune d'accueillir la variante la plus pathogène du VIH1 (la variante dite « C »).

Le Cameroun, *a contrario*, représente un des exemples les plus préoccupants. Il est entré dans ce qui est appelé « la phase explosive de l'épidémie ». Les patients infectés dans la décennie précédente passent dans la phase active de la maladie. Ce qui était le cas de l'Ouganda dans la décennie 1990 est devenu celui du Cameroun en ces années 2000. Aujourd'hui, l'un est en phase de stabilisation (Ouganda), l'autre en progression exponentielle (le Cameroun), alors que le premier était condamné et le deuxième miraculé dans les années 1980.

Rien ne peut être établi une fois pour toutes. Les mobilisations politiques et sociales, la capacité ou non à mobiliser les « opérateurs de transactions » (leaders, personnalités symboliques, relais communautaires, etc.) déterminent aussi la manière d'exploiter les ressources internationales (matérielles) et locales (humaines, politiques, etc.).



La propagation du sida s'avère hétérogène en fonction des réactions imprévisibles des sociétés. Le sida ne va pas rayer l'Afrique de la carte du monde. Il va seulement ralentir la progression attendue sans épidémie. La stagnation de la

population au Botswana comme en Afrique du Sud n'y changera rien¹⁰. Ensuite, la réappropriation en cours, de vitesse certes inégale d'un pays à l'autre, des politiques édictées au niveau international par les sociétés africaines, augure une ère qui va prendre du temps, mais qui est inéluctable. Paradoxalement, le sida est l'emblème de l'exclusion de l'Afrique de l'économie mondiale, mais il est aussi le plus grand défi que le continent va relever dans les décennies à venir. En d'autres termes, l'Afrique n'a pas le choix, sa survie en dépend et la perspective de l'accès du plus grand nombre aux ARV¹¹, elle aussi inéluctable, symbolise l'ampleur du défi africain. Certains pays comme l'Ouganda montrent la voie, contrairement aux perspectives, que l'on doit plus appréhender comme des signaux d'alarme que comme des prédictions fiables.

NOTES

- 1 Virus de l'immunodéficience humaine, syndrome immunodéficitaire acquis (VIH-sida)
2. ONUSIDA, (2004). http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_fr/Epi04_05_fr.htm.
3. Voir aussi Eboko F, (2005), « Face au sida : des initiatives locales sous le désordre mondial », *Esprit* (août-septembre), pp. 200-211.
4. De Loenzien M., (2002), *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*, Paris, L'Harmattan, coll « Populations », p. 27
- 5 Voir Fassin D., *dir.*, (2004), *Afflictions. L'Afrique du Sud de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 295 p.
6. Voir Didier Fassin et Michel Kazachtkine, « Une controverse symptomatique », *Le Monde*, 16 mai 2000.
7. Fassin D., (2002), « Embodied history : uniqueness and exemplarity of South African AIDS », *African Journal of AIDS Research*, vol. 1, n° 1
8. Voir Eboko F, (2005), *ort. cit. Face A Face. Regards sur la santé*. <http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf> · n° 4.
9. ONUSIDA, (2002), p. 10
- 10 Pison G., (2002), « Le Sida va-t-il entraîner un recul de la population au sud du Sahara ? », *Populations et Sociétés*, n° 385, 4 p. http://www.ined.fr/publications/pop_et_soc/pes385/PES3852.html.
11. ARV : anti-rétroviraux. ANRS, (2003), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, ANRS, 486 p.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ANRS, (2003), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, ANRS, 486 p.
- Becker C., Dozon J.-P., Obbo C., Touré M., *éds.*, (1999), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris-Dakar, Codesria-Karthala-IRD, 707 p
- Bibeau G., (1991), « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15 (n° 2-3), pp 125-147.
- Delaporte E, Laurent C., (2001), « Epidemiology of HIV Infection in sub-Saharan Africa », *AIDS Review*, n° 3, pp. 59-66

- Eboko F., (2003), « Le sida en Afrique. La perspective globale d'un drame local », pp 47-80 in : I. Gobatto, dir., *Les Pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala-MSHA.
- Eboko F., (2005), « Face au sida : des initiatives locales sous le désordre mondial », *Esprit* (août-septembre), pp. 200-211.
- Fassin D., dir., (2004), *Afflictions. L'Afrique du sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 295 p.
- Fassin D., (2000), « Une crise épidémiologique dans les sociétés post-apartheid : le sida en Afrique du Sud et en Namibie », *Afrique contemporaine*, pp. 105-135.
- *World Population Prospects : The 2004 Revision*.

SITES ET ADRESSES INTERNET RECOMMANDÉS

- *Face A Face. Regards sur la santé* <http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf> ;
- ONUSIDA : <http://www.unaids.org> ;
- OMS : <http://www.who.org> ;
- ONUSIDA/OMS, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, décembre 2002 ;
- <http://www.ibe.unesco.org/International/Publications/Prospects/ProspectsPdf/122f/122fher.pdf> (10 leçons sur le Sida) ;
- http://www.un.org/esa/population/publications/POP_HIVAIDS2005/AIDS_Wallchart_2005_Web.xls (Population and HIV-AIDS, 2005) ;
- http://www.legrandsoir.info/article.php3?id_article=1379 (Sida-Afrique : remplacer la population noire décimée par une main-d'œuvre asiatique, 25/02/04) ;
- http://www.unaids.org/wad2004/EPlupdate2004_html_fr/Epi04_05_fr.htm (Situation de l'Afrique subsaharienne en décembre 2004 par rapport à décembre 2002).

Eboko Fred.

Le sida va rayer l'Afrique de la carte du monde.

In : Courade Georges (dir.). L'Afrique des idées reçues.
Paris : Belin, 2006, p. 78-83.

(Mappemonde). ISBN 2-7011-4321-7