

SIDA
TOGO
TANZANIE
DETTE
BURUNDI



Les États africains à l'épreuve du SIDA

AVEC la désignation de l'Afrique comme « berceau du SIDA » et des Africains comme « groupe à risques », le discours sur la maladie s'est déplacé, peu après la découverte des premiers cas, du domaine scientifique au terrain idéologique : d'un côté, on faisait, sans preuve véritablement étayée, du continent africain cet « ailleurs » d'où provenait le virus ; de l'autre, on dénonçait les « manœuvres » pour faire apparaître l'Afrique comme un bouc émissaire. Actuellement, la remise en cause du bien-fondé de ces hypothèses épidémiologiques hasardeuses et la nécessité pressante d'une action internationale concertée permettent une approche moins passionnelle du SIDA africain, mais les enjeux politiques demeurent au premier plan, même s'ils ont changé de nature. C'est ce qu'un travail récent dans deux pays d'Afrique de l'Ouest (1) nous a montré.

Le double lien

Ce qui caractérise avant tout la politique de ces deux pays face au SIDA est l'existence simultanée d'une dénégation de la réalité du phénomène et d'une mise en œuvre de programmes de prévention. D'une part, aucun cas de maladie n'a été déclaré à l'Organisation mondiale de la santé et un silence total sur les faits épidémiologiques est maintenu vis-à-vis de la population (2). D'autre part, des comités

(1) Ces deux pays ne sont pas cités, à la fois pour éviter que certaines informations ne semblent être des indiscretions de la part de ceux qui les ont livrées, et pour ne pas faire apparaître comme particuliers à ces deux pays des faits qui en concernent bien d'autres aujourd'hui, et pas seulement en Afrique, aussi bien sur la question du double lien que sur celle des groupes à risques.

(2) Depuis notre retour, les ministères de la Santé de ces pays ont déclaré respectivement 2 et 26 cas (chiffres bien inférieurs à ceux que nous avons pu obtenir par recoupement de diverses sources), mais l'information officielle au niveau national est restée inexistante.

nationaux de lutte contre le SIDA ont été constitués et ont entrepris des actions souvent exemplaires de santé publique (3). Tout se passe donc comme si l'on disait : il n'y a pas de SIDA chez nous, donc il est urgent de s'en préoccuper.

Double lien imposé par l'État, mais en quelque sorte repris à leur compte par les spécialistes de la maladie. En effet, c'est l'État, et plus précisément son chef, qui a donné les directives pour empêcher que toute information épidémiologique ne soit diffusée ; de même, c'est lui qui a pris en main l'organisation de la prévention, en créant des comités nationaux de lutte, en débloquent des crédits très importants pour cette maladie dans l'un des deux pays, et en faisant appel à des experts internationaux dans l'autre. Mais ensuite, les responsables de santé publique chargés des programmes ont entériné cette double contrainte, en acceptant de se taire — probablement à la fois par peur des sanctions à leur rencontre (il y a des précédents) et des représailles vis-à-vis des groupes à risques —, et en se mettant au travail — souvent avec conviction et compétence.

Cette situation paradoxale se manifeste par exemple dans la position, difficile à tenir, de ce professeur de biologie qui teste les sérums des patients suspects de maladie, mais qui ne communique que les résultats négatifs aux médecins en charge de ces malades et s'interdit à lui-même le décompte hebdomadaire ou mensuel des examens positifs, afin de ne pas être tenté de communiquer ces données à d'autres. Ou encore dans la nécessité, pour les comités nationaux de lutte, de juguler une épidémie dont ils ignorent, faute d'enquêtes de séroprévalence, l'importance quan-

titative et la distribution dans les différents groupes de la population. Le plus surprenant n'est-il pas, dans ces conditions, que puissent se développer, comme nous l'avons observé, des actions bien conduites de santé publique ?

Cette attitude ambivalente se retrouve dans la relation du médecin avec le malade ou le séropositif. En effet, on choisit généralement de ne pas dire la vérité de la maladie (qu'on élude en parlant de tuberculose ou de virose), tout en assurant une prévention (on explique au patient qu'il est atteint d'une maladie qui le rend sensible aux microbes des autres et particulièrement à ceux transmis par voie sexuelle, cette affirmation semblant plus efficace puisqu'elle implique de se prémunir soi-même et non de protéger les autres). Choix éthique qui n'est pas celui fait dans les pays occidentaux, mais dont il est difficile de contester la cohérence, surtout s'agissant d'une maladie pour laquelle on ne possède en Afrique aucun traitement (l'azidothymidine utilisée en Amérique du Nord et en Europe n'y est pas disponible). Et choix éthique qui prolonge les options politiques de l'État. Mais quelles sont ces raisons d'État ?

Pour s'en tenir à une analyse générale, on retiendra des raisons de politique intérieure et des raisons de politique internationale. Dans le pays, il s'agit, en ne divulguant pas l'information, d'éviter des réactions de panique (les épidémies ont donné lieu, dans l'histoire, à des mouvements populaires parfois

(3) On peut citer, parmi d'autres exemples, des émissions télévisées sur l'usage du préservatif, des réunions avec des praticiens traditionnels sur le thème de l'hygiène dans les techniques rituelles, des séances d'information dans des entreprises, des programmes d'éducation dans les écoles, etc.

difficiles à contrôler) et de ne pas favoriser des divisions au sein d'une unité nationale ardemment défendue (la désignation de groupe à risques pourrait avoir cette conséquence); il faut d'ailleurs bien reconnaître que, quelle que soit la légitimité d'un droit à l'information, celle-ci n'aurait que peu de conséquences pratiques, puisque les contraintes budgétaires limitent les possibilités de dépistage aussi bien que de traitement. Sur le plan international, le silence traduit une méfiance vis-à-vis de communautés scientifique, politique et journalistique promptes à tirer des conclusions formelles de démonstrations peu probantes mais allant dans le sens commun, à chercher du sensationnel dans des événements tragiques; il faut probablement aussi tenir compte des effets négatifs que peut avoir la révélation des données épidémiologiques sur un tourisme qui commence seulement à se développer; face à cette dénégation vis-à-vis de l'étranger, il apparaît cependant que l'attitude de l'Organisation mondiale de la santé, qui fait dépendre son aide de la déclaration des cas, constitue un contrepoids efficace.

Les groupes à risques

La complexité éthique et politique des questions soulevées à travers ce jeu de double lien se retrouve dès qu'on aborde le problème des « groupes à risques », notion familière de longue date aux épidémiologistes mais qui a pris un sens particulier avec le SIDA. On sait notamment les pratiques d'exclusion et de marginalisation auxquelles a donné lieu l'identification en Amérique du Nord et en Europe de « groupes à risques », à commencer par les homosexuels et

les toxicomanes, dont la maladie a redoublé la mise à l'écart de la société.

Le premier groupe désigné comme « à risques » en Afrique a été celui des prostituées. Même si l'on s'accorde à reconnaître que cette catégorie couvre des réalités sociales diverses — et qu'il est difficile en particulier de savoir où finit la liberté sexuelle et où commence la prostitution lorsque la pratique du « cadeau » et plus généralement la circulation des biens dans le commerce amoureux font partie du jeu social normal —, on ne l'a pas moins présentée comme le principal « vecteur » de la maladie (4), avec les conséquences sociales que ce type de désignation ne manque pas d'entraîner : manifestations d'agressivité, réactions de rejet, voire, dans certains cas, répression.

Dans l'un des deux pays, une enquête menée par le comité national de lutte contre le SIDA ayant montré des taux de séroprévalence élevés parmi les prostituées travaillant dans les rues de la capitale, la transmission de ces chiffres au ministère de la Santé a provoqué, dans les jours qui suivirent, l'arrestation d'une centaine de femmes : les étrangères ont été expulsées (la circulation des prostituées en Afrique de l'Ouest rend compte de leur fréquente origine étrangère, qui devient le prétexte à des manifestations de xénophobie) et les auto-

(4) Après l'enquête réalisée au Kenya : « AIDS Virus Infection in Nairobi Prostitutes », J.K. Kreiss et collaborateurs, *New England Journal of Medicine*, 314, 1986, pp. 414-418, révélant que 66 % des prostituées de faible niveau socio-économique étaient séropositives, on a été jusqu'à dire qu'elles jouaient « le rôle du cheval de Troie là où le virus n'a pas encore pénétré » (*Le Monde*, 11 octobre 1987).

chtones ont passé une année en prison. Cette mesure violente a eu pour effet, d'une part, de faire apparaître malgré lui le comité national comme complice du ministère de l'Intérieur, et d'autre part, de rendre difficile toute campagne ultérieure de prévention auprès de ce groupe. Dans l'autre pays, où le discours présidentiel s'évertue à nier l'existence même de la prostitution, une série de rafles ont suscité un climat d'insécurité dans les bars clandestins de la capitale, principalement visés. Dans les deux cas, les contradictions entre l'énoncé officiel et la réalité sociale semblent amener les autorités à une radicalisation qui pourrait se traduire ainsi : puisque la prostitution n'existe pas, il faut rendre invisibles les prostituées.

Mais, outre les questions éthiques et politiques que soulève la construction épidémiologique des « groupes à risques », celle-ci peut aussi apparaître paradoxalement comme un obstacle à la prévention. D'une part, la répression dont ont été victimes les prostituées de ces deux pays a donné lieu à une modification des pratiques, qui, en devenant plus clandestines, se sont trouvées moins accessibles aux campagnes d'information. D'autre part, l'identification d'une catégorie mal définie sociologiquement, mais limitée de fait aux prostituées de rue et de bar, risque d'empêcher de reconnaître d'autres groupes peut-être plus exposés et aussi plus nombreux (les « professionnelles » interrogées ont en effet paru mieux informées sur la maladie et les moyens de la prévenir que les « occasionnelles »). D'une manière générale, on est en droit de s'interroger sur la cohérence d'une politique de santé publique qui manie simultanément la répression et la

prévention, en les dirigeant vers les mêmes populations.

Au-delà des prostituées, la notion de « groupe à risques » peut très bien être appliquée à d'autres catégories sociales. Ainsi, l'ethnie est une bonne candidate à une telle manipulation épidémiologique et certains responsables de la lutte contre le SIDA n'ont pas manqué de se demander si certaines ethnies n'étaient pas plus exposées que d'autres, en raison de comportements sexuels différents ou de gestes rituels spécifiques (5) ; sans nier à cette démarche une certaine légitimité du point de vue de la santé publique, on peut toutefois faire deux remarques, l'une sociologique, l'autre politique. D'une part, une telle catégorisation tend à faire exister l'ethnie comme un ensemble culturellement homogène par rapport à des pratiques sexuelles ou rituelles, alors qu'on sait qu'elle est avant tout un groupe historiquement déterminé (pour des raisons d'identification par rapport à d'autres dont on veut se distinguer ou par lesquels on est désigné, ce qui ne signifie pas que ce groupe

(5) Il a notamment été envisagé de constituer une sorte d'atlas ou de catalogue ethnographique qui répertierait toutes les ethnies africaines, en identifiant pour chacune la façon dont elle pratique la sexualité et dont elle accomplit les techniques rituelles, en particulier la circoncision, l'excision et les scarifications. En fait, le discours du SIDA évolue entre deux pôles : l'un à la recherche prudente de particularismes ethniques réclamant des études spécifiques (voir par exemple « Epidemiological and Sociological Aspects of HIV-Infection in Developing Countries », P. Piot et M. Carael, *British Medical Journal*, 44, 1-13, 1988), l'autre à tendance généralisante faisant état d'une « sexualité débridée » et d'une culture « de l'hédonisme et du plaisir » valant pour les Africains dans leur ensemble, aux variantes locales près (lire notamment les propos de N. Clumeck dans un autre article du *Monde*, le 28 novembre 1987).

ait une cohérence culturelle en soi) : autrement dit, on peut constater une grande diversité de pratiques sexuelles ou rituelles, au sein d'une même ethnie, entre des personnes de castes différentes ou de régions éloignées ; et au contraire, on peut trouver des ressemblances marquées entre deux groupes ethniques distincts vivant au sein d'une même collectivité. D'autre part, une telle désignation d'ethnies « à risques » aurait pour conséquence probable de renforcer des rivalités, des tensions et des exclusions qui ont l'appartenance ethnique pour fondement ou pour prétexte (notamment en Afrique centrale) : on voit bien comment on pourrait utiliser à des fins politiques la connaissance que telle ethnie est plus contaminée, et donc plus « contagieuse », que telle autre (6).

Si l'on se place du côté des responsables de santé publique, il apparaît donc que, pour des raisons à la fois scientifiques et pragmatiques, la notion de « groupe à risques » puisse être remplacée par celle, plus neutre, de « pratiques à risques », l'action devant être préventive vis-à-vis de celles-ci plutôt que répressive à l'égard de ceux-là.

La mise à nu

Le SIDA apparaît donc comme un enjeu autour duquel l'État se découvre et se révèle. Les tentatives de législation protectionniste aux frontières proposées par plusieurs gouvernements d'Europe, d'Amérique et d'Asie, les efforts pour contrôler l'information et ne diffuser que les thèses officielles dans certains pays d'Europe de l'Est et d'Afrique, les polémiques entre les ministères de la Santé et de la Justice autour de la vente

libre des seringues en France sont autant de preuves que la place de l'État est au centre du débat.

En particulier, l'État met à nu, à travers sa manière de gérer la maladie, son système de soins, montrant à la fois la faiblesse des moyens dont il dispose et les difficultés qu'il éprouve à contrôler et à transformer son appareil sanitaire. En effet, les dispositifs de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement lui sont inaccessibles pour des raisons financières. Ainsi, l'une des façons simples et efficaces de protéger les personnels soignants est le port de gants lors des contacts avec le sang probablement infecté ; or, l'absence de ressources ne permet généralement pas l'achat de ce matériel rudimentaire par les hôpitaux et les maternités, et ce sont les patients eux-mêmes qui se procurent les gants nécessaires à la sage-femme ou au chirurgien. De même, les transfusions sanguines étant un mode fréquent de contamination, la prévention de la transmission par cette voie consiste à tester le sang des donneurs ; or, les banques du sang sont rares, le plus souvent il n'en existe qu'une seule, située dans la capitale, et mal approvisionnées, ne disposant pas de tous les groupes ; par conséquent, si une urgence survient, c'est souvent une transfusion d'homme à homme qui est faite, avec un risque élevé pour le receveur d'être contaminé.

Par ailleurs, de larges secteurs des soins et de la consommation médicale échappent au pouvoir de l'État. Celui des médecines tradi-

(6) On peut d'ailleurs remarquer que les agents de l'État, et notamment ceux situés aux plus hauts niveaux, ont tout intérêt à récuser l'expression de « groupes à risques », leur mode de vie les exposant précisément à constituer à eux seuls un tel groupe.

tionnelles — encore que, dans nombre de pays africains, l'État s'efforce, pour des raisons plus politiques et idéologiques que thérapeutiques, de regrouper les « tradipraticiens » dans des associations publiques et reconnues (7). Mais surtout celui, qualifié par certains d'« informel », qui se développe dans les interstices du dispositif sanitaire de l'État, comme les nombreuses officines et infirmeries privées — où l'on retrouve parfois des personnels et des médicaments détournés du secteur public — et qui s'enrichit souvent du commerce illicite entre pays voisins et de la dépendance croissante vis-à-vis de l'étranger. Ainsi, la vente de préservatifs se fait pour une part importante sur les marchés, à partir de stocks en provenance des pays voisins ; les prix pratiqués y sont inférieurs (jusqu'à douze fois) à ceux des pharmaciens ; l'essentiel des achats s'effectuant donc en dehors des circuits officiels, l'État ne contrôle plus ni la qualité ni la quantité de ce qui se vend — données pourtant nécessaires à l'évolution de la prévention de la transmission sexuelle. Plus généralement, le coût élevé des médicaments sur le marché officiel (lié bien souvent au contrôle de ce marché par les laboratoires pharmaceutiques européens et nord-américains) et la faiblesse de la couverture sociale des populations mettent l'État dans une situation difficile où il n'a guère les moyens de prendre en charge ses malades et où il devient plus tributaire des aides distribuées par les organisations humanitaires et les institutions internationales (8).

Enfin, finalement, en même temps qu'il s'affirme comme le seul responsable de la lutte contre le SIDA, essayant de contrôler tout ce qui se dit et tout ce qui se fait dans ce

domaine, l'État prend ainsi la mesure des contraintes qui pèsent sur lui et des limites qu'elles lui imposent. En révélant les insuffisances de l'État en matière sanitaire, le SIDA l'oblige à se mobiliser, voire à se remettre en cause, aussi bien en ce qui concerne l'information (le silence est de moins en moins de mise, et la plupart des pays africains initialement muets commencent à déclarer leurs cas) que pour ce qui touche aux systèmes de soins (certaines carences qui, auparavant, passaient inaperçues, deviennent aujourd'hui inacceptables).

Mais le SIDA fait bien davantage ; car s'il s'agit bien pour les États africains, par le truchement de leurs comités de lutte, de trouver les parades à son évolution (9) et aux paniques qu'elle pourrait engendrer, il leur faut aussi négocier avec leurs propres craintes et conséquences de la maladie, et leurs propres tentations autoritaires : sous ce rapport, l'épreuve politique n'est pas moins importante que l'épreuve sanitaire. Si, aujourd'hui, ils s'y confrontent en se défiant de toute

(7) Les enjeux de ce mouvement de réhabilitation des thérapeutes traditionnels sont analysés par J.-P. Dozon dans : « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine*, 28, 1987, pp. 9-20. Il est certain que le succès, dans certaines instances internationales, de l'hypothèse de la transmission du SIDA par les circoncisions, les excisions et les scarifications peut apporter un surcroît de légitimité à ces associations, par lesquelles l'information des thérapeutes traditionnels se ferait plus aisément.

(8) A cet égard, les programmes de lutte contre le SIDA mis en place par l'Organisation mondiale de la santé, quel que soit leur bien-fondé, déstabilisent les systèmes locaux de soins, en injectant des sommes importantes (ce qui détourne les meilleures énergies au profit de ces actions considérées comme prioritaires) et en induisant des interventions ponctuelles (ce qui affaiblit les activités, déjà souvent dotées de peu de moyens, des soins de santé primaire).

information substantielle sur la réalité épidémiologique du SIDA, une évolution plus inquiétante de celle-ci pourrait contraindre les États africains à changer d'attitude. Change-ment dont on observe les premiers signes dans la plus grande autonomie laissée aux chercheurs travaillant et publiant sur cette maladie, et qui implique un risque éminement politique puisqu'il y va de la capacité des États africains à maîtriser les peurs qu'ils pourraient provoquer et à gérer socialement le problème du SIDA en refusant les solutions démagogiques ou répressives.

(9) Pour l'Afrique centrale et orientale (plus précisément à partir de données du Zaïre, de l'Ouganda, du Kenya et du Rwanda), on dispose des chiffres suivants : la prévalence de la maladie elle-même est

comprise entre 0,01 et 0,07 pour 1 000 habitants (à partir de données déclarées à l'Organisation mondiale de la santé dont on sait qu'elles sous-estiment les chiffres réels), avec une incidence annuelle située entre 0,5 et 1 nouveau cas pour 1 000 habitants ; la prévalence des séropositifs dans la population générale urbaine féminine adulte est de 2 à 8 % (à partir des études menées dans des centres de PMI), avec une période de doublement de ces taux estimée à 3 ans et avec un risque de contamination de l'enfant né de mère séropositive d'environ 50 % (voir : « Possible Demographic Consequences of AIDS in Developing Countries », R.M. Anderson et collaborateurs, *Nature*, 332, 1988, pp. 228-234) ; actuellement, on ignore le taux et le délai de passage de la séropositivité à la maladie en Afrique, les chiffres habituellement donnés de 30-40 % sur une période de 8 ans ayant été obtenus dans des populations homosexuelles américaines, dont on ne peut pas scientifiquement postuler *a priori* qu'elles développent la maladie de la même façon que les populations africaines.

**Didier Fassin
Jean-Pierre Dozon**

Togo : suffit-il d'être Kabyè pour accéder au développement ? (1)

ON a souvent parlé de l'importance de la solidarité ethnique en Afrique et par voie de conséquence de tous les privilèges dont jouiraient ceux qui peuvent se réclamer de la même matrice originelle que le « Prince ». On a exagéré parfois le poids de ce facteur, qui peut protéger de bien des intempéries, mais qui ne suffit pas pour autant à garantir une ascension socio-économique spectaculaire. Celui-ci joue surtout, il est vrai, dans la sphère immédiate du pouvoir. Il ne manque pas d'exemples cependant (et ils méritent

attention) où la « région présidentielle » fait l'objet d'une mise en valeur accélérée qui touche au moins partiellement le milieu rural. Tel est le cas de la région de la Kara, au Togo, dans laquelle les paysans se sont vu confrontés plus précocement et plus massivement qu'ailleurs à un ensemble de projets de développement qui ne sont pas passés inaperçus. L'État a-t-il effectivement voulu de cette manière les faire participer au « festin » ?

A première vue, là-bas comme ailleurs, la politique agricole n'a pas