

Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique

Jean-Pierre Dozon*, Didier Fassin**

Résumé. Un certain discours épidémiologique a trop fait de l'Afrique, la terre d'élection du SIDA. Tout, de la nature à la culture, en passant par la pauvreté et le sous-développement contemporain paraît faire sens pour donner de l'Afrique l'image d'un continent qui, après lui avoir donné naissance (l'Afrique comme berceau du SIDA), succomberait sous ses coups dévastateurs. Cet excès de sens et surtout de stéréotypes explique pour une part l'attitude des Etats africains qui ont refusé jusqu'à récemment de déclarer leurs cas de SIDA à l'OMS. Mais pour une part seulement car, au-delà des enjeux idéologiques et des réactions nationalistes (assez compréhensibles), le problème du SIDA constitue pour les Etats africains, qui ne sont ni des Etats-Providence ni des Etats démocratiques, une épreuve sanitaire doublée d'une importante épreuve socio-politique.

Le développement de l'épidémie mondiale du SIDA a placé l'Afrique sur le devant de la scène médiatique. Très tôt désignée comme son site originaire, l'Afrique a aussi rapidement été présentée comme le continent où l'épidémie suivait l'évolution la plus inquiétante à la fois par l'importance des taux de séroprévalence qui ont pu être relevés, la multiplicité des modes de

* Jean-Pierre Dozon, sociologue, ORSTOM, 213, rue Lafayette, 75010 Paris.

** Didier Fassin, médecin et sociologue, Institut Santé et Développement, 15, rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris.

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 30.346 ex1

Cote : B

M P42

11 JUL. 1990

transmission, et les difficultés de mise en œuvre d'une politique de prévention. Même si certaines assertions hâtivement avancées ont été depuis reconsidérées, même si les premiers résultats qui semblaient leur donner une validité scientifique ont été récemment contestés, les déclarations faites publiquement par des médecins et des épidémiologistes (et répercutées largement par la presse) ont installé durablement l'Afrique et les Africains dans un rapport singulier, presque électif, au SIDA. Une telle situation tient, croyons-nous, au fait que le discours épidémiologique et médiatique dominant est habité par un déséquilibre entre ce qu'on pourrait appeler un trop plein culturel et un non-dit politique. Tout se passe en effet comme si une vision culturaliste composée de représentations plus ou moins savantes et surtout de stéréotypes du sens commun s'était spontanément organisée autour du SIDA et de l'Afrique, et empêchait, par ses propres excès ou aveuglements, de mesurer les enjeux sociaux et politiques de l'épidémie pour les Etats africains. C'est à l'examen et à la critique de ce déséquilibre, en même temps qu'à l'explicitation des enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique, que ce texte prétend se livrer.

Les avatars culturalistes de l'épidémiologie du SIDA

L'histoire de l'épidémie, telle qu'elle est relatée par les spécialistes, semble faire de l'Afrique à la fois le début et la fin de la maladie, son alpha et son oméga. D'une part, en effet, on a très vite tiré argument de cas découverts en Afrique Centrale à peu près en même temps qu'aux Etats-Unis et en Europe [6, 8] et surtout de tests réalisés sur des sérums africains prélevés dans les années soixante et soixante-dix, pour affirmer que le virus avait une probable origine africaine [22]. Cependant, des études ultérieures ont montré que l'antériorité africaine des premiers cas était difficile à avancer, puisqu'en Amérique du Nord, on retrouvait jusque dans les années cinquante, des cas compatibles *a posteriori* avec le diagnostic de SIDA [14] et ont révélé que les premiers tests utilisés, y compris ceux de confirmation, étaient très souvent faussement positifs en raison de réactions croisées avec d'autres anticorps [3]. D'autre part, les projections faites à partir de taux de séroprévalence retrouvés dans certaines populations et à partir des fréquences de passage de la séropositivité à la maladie [22] ont amené à décrire de manière dramatique l'évolution prévisible de l'épidémie en Afrique, puisque l'une des autorités en la matière a pu parler d'une « hécatombe » dont il est à craindre qu'elle « conduise à une régression, avec une société constituée de villages dispersés de

survivants » et pour laquelle « ceux qui résisteront seront ceux qui auront réfléchi, qui auront su s'adapter » [9]. Or, plusieurs études récentes montrent que l'incidence du SIDA reste relativement peu élevée par rapport à ce qu'auraient pu laisser prévoir les extrapolations faites à partir des taux de séroprévalence et de passage à la maladie — il faut rappeler que les chiffres donnés pour la séroprévalence ont été critiqués sur la base de nombreuses fausses positivités, et que ceux décrivant le passage à la maladie concernaient des populations d'homosexuels ou de toxicomanes américains [4]. Mais bien que les preuves d'un SIDA d'origine africaine ne soient plus concluantes (l'épidémie ayant, semble-t-il, commencé approximativement à la même époque en Amérique et en Europe), bien que les plus récentes modélisations mathématiques indiquent prudemment que l'épidémie pourrait affecter la croissance démographique « après quelques décennies », mais sans donner lieu nécessairement à des « bouleversements dans l'organisation sociale et la structure économique » [2], l'idée d'une Afrique qui serait le berceau du SIDA avant d'être enterrée par lui, demeure présente et forte dans le discours public, comme si des représentations, tenaces malgré les démentis, en justifiaient toujours le bien-fondé. Berceau de l'humanité, si l'on en croit les dernières découvertes paléontologiques, pourquoi l'Afrique ne serait-elle pas aussi celui des grandes maladies ? Eternelle victime des fléaux et des famines, pourquoi ne s'éteindrait-elle pas sous les coups dévastateurs du SIDA ?

En fait, tout ce qui touche au « SIDA africain » semble trouver un écho dans un ensemble hétéroclite (mais pas incohérent) d'énoncés et d'images sur l'Afrique qu'ont accumulés au fil des siècles, explorateurs, missionnaires, philosophes, administrateurs, ethnologues, préhistoriens, développeurs, et où puisent aujourd'hui, sans y prendre suffisamment garde, épidémiologistes et médecins. Les exemples ne manquent pas de textes et d'auteurs qui croient inventer cet « ailleurs » africain d'où proviendrait l'étrange virus du SIDA, mais qui n'échappent guère, malgré leur ton savant, aux stéréotypes du sens commun [17].

La genèse de l'épidémie, et plus précisément l'apparition du virus chez l'homme ont ainsi donné à certains l'occasion de mobiliser leur imagination pour tenter d'expliquer le passage d'un virus mutant du singe vert à l'homme : blessure à l'occasion de chasse, repas de chair simienne, voire suggestion de relations très particulières que pourraient avoir certaines populations avec leurs singes. De même la compréhension des modalités de contamination paraît conduire à la recherche systématique de mécanismes propres

à l'Afrique, telles que ces pratiques rituelles qui mettent en jeu des contacts sanguins (scarifications, circoncision, excision, etc.); toutes hypothèses que des vérifications statistiques ne semblent toujours pas avoir confortées [13].

Mais c'est probablement la transmission sexuelle qui a suscité les commentaires les plus éloquents. Si les publications dans les revues scientifiques incitent les auteurs à la prudence — « bien que des généralisations soient délicates, la plupart des sociétés africaines font preuve de liberté sexuelle, si l'on se réfère à nos critères occidentaux », lit-on par exemple [20] — l'accès à la grande presse conduit en revanche certains à tenir des propos beaucoup plus péremptores et particulièrement révélateurs; comme ce spécialiste réputé du SIDA qui parle de la « sexualité débridée des Africains », et les compare en ce domaine à « une population d'obèses boulimiques » [10]. La chose remarquable ici, c'est qu'en dépit de la très probable impossibilité d'énoncer des propositions un tant soit peu pertinentes sur la sexualité africaine en général (peut-on parler sérieusement d'une sexualité européenne ou américaine ?), tout pourtant paraît lui conférer une exubérance particulière. Ne parlait-on pas déjà au siècle dernier de cette « promiscuité sexuelle » (expression qui resurgit aujourd'hui) par où les sociétés africaines laisseraient découvrir leur immaturité, en l'occurrence une culture non libérée de sa gangue naturelle, et une condition humaine singulièrement primitive, encore largement soumise au règne de l'instinct de la vacuité. Cette conception d'inspiration évolutionniste, loin, comme on pourrait le penser, de tomber en désuétude, paraît toujours prête à faire valoir ses capacités d'analyse. Elle explique, semble-t-il, pourquoi l'Afrique, c'est la fête, le rire et l'insouciance. A Abidjan, « les petites fiancées veulent continuer à ambiancer » et font « la nique au SIDA » [12], à Kinshasa, « les Zaïrois qui cherchent à oublier leur infortune dans les fêtes de la sexualité sont pris au piège de l'épidémie » [5]. Mais ici s'ajoute un argument supplémentaire : les malheurs, le sous-développement contemporain de l'Afrique, plutôt que de remettre en cause cet immémorial laxisme sexuel, semblent au contraire lui donner un surcroît de vitalité : les Zaïrois, peut-on encore lire, cette fois sous la plume d'un scientifique, « vivent dans une société où le drame est quotidien et où le principal refuge est dans l'hédonisme et le plaisir », où « la sexualité est le moteur essentiel de la survie » [10]. Bref, tout est bon, que ce soient les discours savants et les stéréotypes d'hier ou les rapides observations d'aujourd'hui, pour parler d'une sexualité spécifiquement africaine et lui donner ce caractère incomparable de démesure.

Dans cet ensemble de commentaires faits par des scientifiques et des journalistes sur le SIDA en Afrique, il nous paraît secondaire que des hypothèses parfois peu fondées (sur l'origine du virus ou sur les modes de transmission) aient été présentées d'une façon hâtive et prématurée. Il est en revanche significatif qu'elles se soient systématiquement situées dans une perspective culturaliste, comme si l'Afrique était très différente d'autres régions du monde, et qu'elles aient pu être acceptées si facilement et si durablement, au point d'inspirer encore certaines enquêtes épidémiologiques. Cette double caractéristique renvoie, en fait, au même problème : celui de représentations et d'images qui occupent, parfois de longue date, le champ d'appréhension du continent africain, et qui ont trouvé avec les modes de transmission du SIDA — le sexe et le sang — de quoi s'exprimer davantage, tissant, entre l'épidémie et l'Afrique, des liens privilégiés, presque électifs.

Que ce soit l'image d'une Afrique proche de la nature (liens avec les singes, appétence et promiscuité sexuelles) et primitive (accomplissant depuis la nuit des temps les mêmes blessures rituelles) ou celle d'une Afrique « mal partie » dans la voie du développement, mais livrée à l'indolence et au plaisir, tout concourt en effet pour installer ce « berceau de l'humanité » en complice et en victime idéale du SIDA.

Qu'on ne s'étonne pas dès lors, de la réticence, de l'hostilité, ou encore de l'ironie manifestées par les médecins et les politiciens africains vis-à-vis du problème du SIDA. Il suffit de se rappeler qu'en 1985, à Bruxelles, le premier Symposium sur le SIDA en Afrique s'était tenu en l'absence de représentants africains, pourtant invités, et qu'en 1986, à Paris, pour la deuxième Conférence Internationale, le médecin zaïrois B. Kapita était intervenu sans l'accord des autorités de son pays. Ce n'est qu'au second Symposium sur le SIDA en Afrique, à Naples, en 1987, que des échanges avec des chercheurs et des cliniciens africains ont été possibles. Dans le même esprit, la plupart des Etats africains ont nié jusqu'en 1986, et certains jusqu'en 1987, l'existence du SIDA sur leur territoire et retourné parfois aux pays occidentaux l'explication de ses origines, parlant à qui voulait l'entendre de « maladie de l'impérialisme », et de « virus transmis par les blancs »; c'est seulement récemment que la déclaration de cas à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été amorcée (mais due pour une bonne part au fait que l'OMS lui conditionne toute aide ou toute allocation de ressources), et que la discussion sur la genèse de l'épidémie a pu se faire plus sereinement (après que cette question eut été reconnue comme sans réponse scientifique probante pour l'heure). Comme l'exprime un médecin ghanéen, dans un article plein d'une indignation teintée d'ironie, où

il s'emploie à réfuter point par point toutes les informations inexactes parues sur le SIDA en Afrique : « Pourquoi les médias du monde entier paraissent-ils avoir conspiré avec quelques savants pour devenir si gratuitement excessifs et mensongers ? » [15]. Qu'on ne s'étonne pas davantage d'opérations médiatiques comme cette pseudo-découverte d'un remède miracle contre le SIDA revendiquée par le Zaïre au nom de la coopération égypto-zaïroise (remède qui sous le label MMI portait les noms des deux chefs d'Etat). Pour avoir été longtemps au centre de l'actualité africaine sur le SIDA (tant par l'importance de l'épidémie qui semblait y avoir pris naissance, que par la multiplicité des recherches qui y sont menées, notamment sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé), le Zaïre a en quelque sorte essayé de laisser croire qu'il était aussi bien capable d'éradiquer le SIDA, que de lui avoir donné naissance.

Bien sûr, il ne s'agit pas de porter un jugement négatif sur l'ensemble des travaux d'origine essentiellement européenne et américaine qui concernent l'épidémiologie du SIDA en Afrique. Quelques études hâtives et d'ailleurs critiquées, comme il est de règle dans les débats scientifiques, et quelques déclarations intempestives ne peuvent disqualifier une recherche médicale qui s'efforce très normalement de comprendre la genèse et les modes de propagation d'une grave épidémie [21]. Cependant, même si le temps des discours péremptaires et unilatéraux semble révolu (particulièrement en ce qui concerne l'origine africaine du virus), l'épidémiologie du SIDA n'est toujours pas à l'abri des présupposés et des visions culturalistes qui l'animent depuis le début.

On sait l'importance qu'accordent l'épidémiologie et la santé publique aux notions de facteurs de risque et de groupes à risque que le SIDA, compte tenu de ses modes de transmission, a particulièrement mis en relief. Quelles sont les pratiques qui déterminent ou favorisent la transmission du virus du SIDA, et quelles sont les catégories de populations spécifiquement menacées ? Telles sont les questions que se posent très légitimement chercheurs, médecins et décideurs. Mais telles sont aussi les interrogations qui paraissent spontanément se réfugier, dès lors qu'il s'agit d'Afrique, dans des cadres de référence et d'analyse assez stéréotypés. Sans doute n'est-il plus guère de mise, et certainement guère utile, d'évoquer l'Afrique et sa proximité avec la nature, l'Afrique et sa « promiscuité sexuelle » ; mais l'on peut toujours rechercher un rapport électif du monde africain avec le SIDA du côté de ce qui en constitue la diversité culturelle, à savoir la multiplicité ethnique. Loin des généralités, il s'agit ici de définir les différences en donnant un contenu culturel aux pratiques liées au

sexe et au sang, c'est-à-dire en les associant *a priori* à l'organisation sociale et au système de valeurs propre à tel ou tel groupe ethnique ; et par conséquent d'identifier et de mesurer ces pratiques (importance, fréquence, cumul) afin d'établir une sorte de répartition ethnique du risque de contamination (1). Un tel projet « d'épidémiologie culturelle » semble être à l'ordre du jour puisque certains ont proposé l'élaboration d'un atlas ethnographique où figureraient, pour chaque groupe, ses particularismes sexuels et rituels. On ne saurait reprocher à des épidémiologistes ou à des médecins une notion que d'autres scientifiques (à commencer par les ethnologues) emploient abondamment. Mais, dans la mesure où la notion d'ethnie constitue sans doute la catégorie la plus usuelle en matière de discours et d'analyses sur l'Afrique Noire, il convient d'en souligner les limites théoriques et les dangers pratiques. Par cette notion, en effet, on croit définir des ensembles culturellement homogènes, alors qu'il s'agit bien davantage de sociétés historiquement constituées qui présentent certes des traits socio-culturels spécifiques [1], mais tout aussi bien des variations et des différenciations internes (ne serait-ce que parce que nombre de ces sociétés présentaient, bien avant la colonisation, des groupes sociaux hiérarchisés : paysans, esclaves, etc.). L'idée donc d'identifier et de répertorier les pratiques sexuelles et rituelles en Afrique sur la base d'un catalogue ethnique paraît donc bien schématique et bien réducteur. Mais elle est aussi dangereuse comme nous le montrerons plus loin.

L'épidémiologie du SIDA en Afrique a donc besoin de s'émanciper plus nettement des présupposés et des visions culturalistes et ce, pour au moins deux raisons. D'une part pour rompre avec une extériorité trop marquée qui, tel un jeu de miroir, fait de l'attention portée aux spécificités culturelles de l'Afrique un point de vue presque obsessionnel de chercheurs et de praticiens étrangers au continent ; extériorité qui autorise du même coup médecins et responsables africains à renvoyer le problème du SIDA à ceux qui ne cessent d'en discourir, et à considérer, cédant au même culturalisme, qu'il est d'abord une affaire américaine et européenne (soulignant par exemple l'homosexualité masculine, et la toxicomanie par injection, peu pratiquées en Afrique). D'autre part, pour amener la recherche épidémiologique à se confronter aux

(1) Notamment en les reliant aux règles et aux modalités de l'alliance matrimoniale (polygamie, acceptation plus ou moins explicite de l'adultère, statut et capacité d'autonomie des femmes), et à l'existence d'institutions culturelles ou de sociétés d'initiation où marques corporelles et blessures symboliques sont pratiquées.

dimensions sociales et politiques du SIDA en Afrique, et à comprendre pourquoi, au-delà des enjeux idéologiques, les Etats africains ne semblent guère disposés à lui accorder toute l'attention qu'elle pourrait souhaiter.

Des Etats ni providentiels ni démocratiques face au SIDA

Contrastant en effet avec le discours prolix des scientifiques et des journalistes occidentaux, le silence imposé par les Etats africains sur les réalités de l'épidémie suscite des interrogations; et au-delà des enjeux idéologiques (2), il faut bien se demander pourquoi la reconnaissance officielle de l'existence des premiers cas a été si tardive et pourquoi la situation actuelle du phénomène demeure si mal connue. Non seulement la notification à l'Organisation Mondiale de la Santé reste très au-dessous des informations officieusement recueillies, non seulement la presse nationale ne peut faire état des données épidémiologiques concernant l'infection, mais les Comités Nationaux de Lutte contre le SIDA eux-mêmes ne disposent souvent pas des statistiques élémentaires nécessaires à la prise de décision (ceux qui les connaissent se gardant bien d'en faire état pour ne pas mettre en danger leur carrière). Ce serait pourtant relancer une nouvelle fois le débat idéologique que de dénoncer trop rapidement les Etats africains sans prendre la mesure des contraintes qui pèsent sur eux et des limites à l'intérieur desquelles ils doivent situer leur action.

En fait, leur silence peut être expliqué, sinon justifié, par une double nécessité d'ordre interne. D'une part, nécessité vis-à-vis de la population qu'ils sont censés administrer, de préserver l'apparence d'une maîtrise de la situation qu'ils n'ont pas. D'autre part, nécessité vis-à-vis d'eux-mêmes, de maintenir un contrôle politique qu'ils exercent le plus souvent avec une légitimité réduite. A ce double titre, le SIDA est, pour eux, une affaire d'Etat. Si l'on oppose en effet à cette pauvreté de l'information en Afrique l'omniprésence de la maladie dans la presse en Europe et en Amérique du Nord, on peut avancer deux explications symétriques de celles données précédemment : premièrement, la capacité des pouvoirs publics de prendre en charge, sur le plan médical aussi bien que social ou

(2) Il ne faut pourtant pas sous-estimer leurs conséquences et l'on se souvient peut-être qu'un article de la presse sur le SIDA en Côte d'Ivoire — *Libération* [12] 6/5/87, p. 24-26 avait entraîné un arrêt autoritaire de la diffusion de toute information sur le sujet dans ce pays.

juridique, les conséquences de la relative transparence médiatique; deuxièmement, les pressions de la société, notamment à travers les associations, qui contraignent les autorités à parler et à agir (3). Ces deux conditions de l'énonciation officielle de la réalité du SIDA manquent à beaucoup d'Etats africains, doublement prisonniers de leur manque de moyens et de leur manque de démocratie.

Et tout d'abord, comment parler de cette maladie devant laquelle les pouvoirs publics se révèlent particulièrement démunis ? Certes, l'inexistence de thérapeutique permettant de guérir les malades ou d'enrayer la progression de l'épidémie est commune à tous les pays du monde; certes, pour la première fois peut-être dans l'histoire de la médecine, le savoir et la puissance qui se manifestent à travers la multiplicité des travaux de recherche et la rapidité des découvertes biologiques sur le SIDA, coexistent avec une ignorance des solutions concrètes et avec une impuissance à répondre à l'attente des victimes du virus; cependant, même si ces limites ne sont pas propres à ce continent, l'Afrique se trouve dans une situation encore plus défavorable que l'Europe ou l'Amérique du Nord. Les médecins africains n'ont pas à leur disposition la plupart des coûteuses et délicates techniques diagnostiques permettant d'identifier les complications de la maladie; leurs patients n'ont pas la possibilité de bénéficier des traitements utilisés ailleurs et jugés ici beaucoup trop chers. Même les moyens de prévenir la diffusion de la maladie sont insuffisants : la reconnaissance des séropositifs dans la population se heurte à la fois au manque de spécificité des méthodes utilisées, au coût des tests, et à des considérations éthiques; le dépistage du virus dans les banques du sang ou à l'occasion de transfusions est loin d'être systématique; l'utilisation de matériel à usage unique, ou plus simplement encore, de gants lors des interventions chirurgicales est limitée par l'absence de moyens; autrement dit, non seulement les structures sanitaires ne sont pas en mesure de lutter contre la transmission du virus, mais elles jouent également un rôle iatrogène.

Au-delà de ces difficultés d'ordre médical, les autorités sanitaires sont confrontées à des problèmes plus généraux : la prise en charge sociale des sujets contaminés n'est guère mieux assurée que leurs soins. D'une part, les inégalités des systèmes de protection sociale réservent à une minorité de citoyens le recours à des biens et à des services médicaux (les hôpitaux et les dispensaires publics

(3) Les choses ne sont en fait pas si tranchées, et certaines « affaires » récentes largement commentées dans la presse ont montré les limites des Etats providence et les insuffisances des mouvements associatifs.

n'assurant que la gratuité des soins, le matériel et les médicaments sont, de même que la nourriture, à la charge du patient qui ne bénéficie pas d'une assurance maladie, c'est-à-dire qui appartient à l'immense majorité non salariée). D'autre part, les pratiques sociales vis-à-vis des séropositifs et des malades apparaissent comme d'autant plus menaçantes pour la liberté et le respect des individus que les pouvoirs publics sont souvent les premiers à donner l'exemple (des cas de sanctions à l'encontre des sujets infectés par le virus sont nombreux et variés, aboutissant toujours à leur mise à l'écart).

En ne disant pas la vérité des faits, l'Etat fait donc l'aveu de sa faiblesse, c'est-à-dire de son incapacité à gérer les effets d'une révélation publique de la réalité épidémiologique du SIDA. En même temps, il semble en prendre le meilleur parti, en ménageant la population à laquelle l'énonciation des statistiques risquerait d'apporter plus de craintes que de solutions. Mais, cette raison généreuse et prudente n'est pas la seule pour expliquer le silence des Etats.

En effet, la seconde explication doit être cherchée dans l'analyse des modes d'exercice, de fonctionnement et de légitimation de la plupart des régimes africains. Sans doute variables de pays à pays, les ressorts politiques qui sous-tendent les Etats ont des dénominateurs communs dont le plus manifeste, sauf exception, est leur caractère non démocratique. Quelles que soient leurs options idéologiques — socialiste ou libérale — la plupart de ces régimes reposent sur un parti unique ou sur un pouvoir militaire (les deux étant souvent associés), ont à leur tête un homme fort cumulant au sommet de l'Etat toutes les fonctions, et justifient leur refus d'une opposition légale par un souci d'efficacité dans le développement économique et la construction nationale. Mais plus fondamentalement, parce qu'ils prétendent œuvrer à l'unité des pays, ces régimes se déclarent réservés ou hostiles à tout ce qui pourrait les amener à reconnaître en droit les diverses manifestations de la division sociale, ce qui ne signifie bien sûr pas qu'ils ne sont pas travaillés en fait par des contradictions et des conflits de tous ordres, et dont ils sont souvent eux-mêmes les auteurs. Ainsi en viennent-ils à limiter l'expression des intérêts particuliers (4), que ce soit ceux

(4) Il conviendrait certainement d'approfondir et de nuancer l'analyse en montrant que selon l'histoire particulière de chaque pays, ce caractère non démocratique, lorsqu'il n'est pas fait usage de la force ou de l'arbitraire, n'est pas exclusif d'une vie politique où les enjeux de pouvoir laissent découvrir des références et des pratiques relevant aussi bien de cadres modernes que de cadres traditionnels.

des individus (les libertés publiques sont généralement peu respectées) ou ceux des groupes (en particulier, les syndicats apparaissent fréquemment inféodés au pouvoir politique).

On comprend dès lors en quoi l'épidémiologie du SIDA représente une épreuve pour les pouvoirs d'Etat africains; par sa volonté d'identifier au sein des pratiques sociales, des pratiques à risque, et de distinguer, dans la population, des groupes plus exposés que les autres, elle propose une forme de visibilité qui va précisément à l'encontre de cette ignorance de la division sociale. Lorsqu'on sait qu'une telle visibilité, par la désignation de certaines catégories, comme les homosexuels ou les toxicomanes, pose bien des problèmes dans les pays occidentaux où elle accroît la nécessité d'une vigilance dans le domaine des droits de l'homme, on prend la mesure des difficultés de sa réalisation dans les pays africains où rien ne paraît devoir protéger juridiquement des groupes que les études déclareraient « à risque » [16].

Ainsi en est-il de l'identification des prostituées comme groupe à risque : en affirmant qu'elles jouaient « le rôle du cheval de Troie » là où le virus n'a pas encore pénétré [10], certains épidémiologistes les ont dénoncées à la vindicte publique et à la répression policière, comme on l'a constaté dans plusieurs pays. Ainsi pourrait-il en être si l'on découvrait que certains groupes ethniques, compte tenu de leurs pratiques rituelles et sexuelles, ou compte tenu de leur taux de séroprévalence, paraissent plus infectés que d'autres : la tentative, tout à fait légitime sur un plan scientifique, d'identifier certains facteurs de risque pourrait alors avoir des conséquences imprévisibles sur le plan politique; ainsi en a-t-il été, dans certains cas, de la désignation de communautés étrangères comme vecteurs du virus qui a entraîné des manifestations de xénophobie de la part des populations mais aussi de la part des Etats [19].

La diffusion de l'information sur la réalité statistique du SIDA n'est donc pas sans danger pour les individus, comme pour la société toute entière, et ce d'autant plus que le travail des chercheurs ne vise pas simplement à dénombrer des séropositifs et des cas, mais à différencier les facteurs et les groupes considérés à risque. Ce danger d'inscrire les résultats épidémiologiques dans des significations sociales et politiques qui les débordent de toutes parts est probablement identifié plus ou moins confusément par les Etats. Tout se passe comme si le silence autour du SIDA était aussi un moyen de protéger les personnes contre tout abus, y compris des Etats eux-mêmes et ainsi de préserver, dans une certaine mesure, l'unité nationale. Pour autant, il ne faudrait pas que cette manière de

faire, comme si l'on agissait au nom de l'intérêt général, apparaisse comme la justification ultime du silence officiel. Si l'on se tait, c'est aussi et peut-être avant tout que les révélations sur le SIDA menaceraient les hommes au pouvoir (5). La raison d'Etat, souvent invoquée, n'est souvent que la raison du petit groupe qui tient les rênes de l'Etat. L'analyse qui vient d'être proposée pour rendre compte des causes du silence fait autour du SIDA ne doit pas conduire à méconnaître l'existence d'un autre discours sur cette maladie et surtout d'une action réelle, malgré les difficultés. La non-révélation de la vérité médicale n'exclut pas une certaine prise en considération de l'éthique, de même que la mise au secret des données épidémiologiques n'entrave pas toute réalisation concrète dans la lutte contre le virus.

La nature de ces contradictions apparentes dans lesquelles on peut retrouver le principe du « double lien » [11] se manifeste à un autre niveau : dans le colloque singulier où se trouvent face à face le médecin et le patient. Que dire au malade, et plus encore au porteur en bonne santé, lorsque toute annonce risque d'être ressentie comme une sentence de mort et ne s'accompagne d'aucune possibilité thérapeutique réelle ? Qu'expliquer à la personne venue donner son sang et découverte séropositive avec des tests dont on connaît mal la fiabilité et la validité dans ce contexte particulier ? Que recommander à la femme enceinte chez laquelle on met en évidence des stigmates du virus, lorsque la part de risque pour son enfant à naître n'excède pas nécessairement celle d'enfants nés dans les conditions précaires du Tiers Monde ?

A ces questions, le médecin africain doit répondre. Pour ne pas prononcer le mot redouté, on use généralement d'une formule de substitution assez proche de la vérité (consistant plus souvent à ne pas la dire toute, qu'à ne pas la dire du tout) : on parle de tuberculose, de pneumonie, de maladie virale. Et pour que des précautions soient néanmoins prises à l'avenir, notamment dans les relations sexuelles, on opte pour le pragmatisme (cherchant à obtenir la fin plutôt que les moyens) : on recommande aux patients contaminés l'usage de préservatifs en arguant qu'ils sont sensibles aux microbes et pourraient être infectés par des partenaires. Manières d'éluder la vérité et de contourner l'éthique qu'on peut qualifier de réalistes et souvent de courageuses. Cette pratique du « mentir vrai » permet à nombre de médecins de taire l'indicible et de dire une autre vérité, celle des conditions sanitaires et sociales

(5) D'autant plus qu'ils apparaissent souvent eux-mêmes comme un groupe particulièrement exposé par leur mode de vie, dans l'exercice de leur activité.

dans lesquelles ils se débattent. N'est-ce pas le même phénomène que l'on trouve à l'échelle de l'Etat quand le Comité National de Lutte contre le SIDA affirme qu'il n'y a pas de cas de maladie dans le pays, tout en mettant en œuvre une grande campagne d'information sur les risques de transmission et les modalités de prévention ? Ce combat entrepris contre une affection dont on déclare qu'elle n'existe pas, illustre la situation délicate des autorités dont la marge de manœuvre est souvent étroite entre les nécessités sanitaires et les contraintes politiques (6).

D'autant plus que le SIDA n'a évidemment pas réduit l'intensité d'autres problèmes de santé publique comme le paludisme, la rougeole ou la malnutrition auxquels sont déjà confrontés les Etats africains. La priorité accordée au SIDA par les organismes internationaux menace ainsi de faire passer au second plan ces programmes nationaux qui disposent de moyens beaucoup plus modestes pour lutter contre des maladies pourtant curables, et elle accroît encore le hiatus entre les besoins sanitaires des populations et la capacité des Etats africains à les satisfaire.

Mais peut-être la multiplicité des autres problèmes de santé et l'importance des taux de mortalité dans les pays africains permettent-elles aussi que le SIDA, dont on connaît encore mal la part qu'il occupe dans les causes de décès, soit difficilement perçu comme prioritaire, y compris par les autorités sanitaires. Cette relative discrétion épidémiologique du SIDA est particulièrement remarquable dans les zones rurales où l'incidence de la maladie est faible comparée à celle des grandes endémies mortifères (7).

Si le silence sur la situation locale du SIDA n'exclut pas une information très complète sur la maladie en général — qu'on lise les nombreux articles de journaux et de magazines ou qu'on regarde les films d'éducation sanitaire et sexuelle pour s'en convaincre [24] — il est des problèmes complexes posés par la prévention. Pour la transmission sexuelle, on peut douter de l'efficacité réelle des campagnes de « moralisation » sur le thème du « vagabondage sexuel » et de la crédibilité actuelle du préservatif [18] que l'on associe plus volontiers à la contraception qu'à la prévention (alors que la fertilité de la femme et la puissance de l'homme semblent mis en cause par son usage); on peut également s'interroger sur les possibilités réelles d'accès au préservatif [7] dans les circuits

(6) A cet égard, un Comité National avait résolu en 1987 de cesser toute enquête épidémiologique après l'emprisonnement de prostituées décidé par le chef de l'Etat à la lecture des résultats d'une recherche menée auprès de certaines d'entre elles.

(7) Ce « privilège rural » ne fait-il pas un contrepoint au « privilège urbain » constaté sur presque tous les autres indicateurs de santé [23].

officiels des pharmacies (8) (malgré les dons en nature faits par l'aide internationale et notamment nord-américaine). Pour la transmission sanguine, la faiblesse des moyens de dépistage du virus dans les rares banques du sang et la pauvreté du matériel mis à la disposition du personnel de santé pour assurer leur protection et celle de leurs malades, rendent sceptiques sur les résultats possibles (on en vient à proposer des mesures aussi peu réalistes que coûteuses comme la réduction des transfusions et des injections). Si donc les politiques de prévention semblent donner de très modestes espoirs, c'est autant à cause des difficultés réelles à mettre en œuvre des actions dont l'objet essentiel est de modifier des comportements, qu'à cause du manque de moyens disponibles pour réaliser efficacement ces programmes.

Par le fait même de révéler la faible capacité des Etats africains à prendre en charge leur santé publique, et de les montrer pour ce qu'ils sont : ni Etats providence, ni Etats démocratiques, le SIDA est incontestablement une épreuve politique. Mais il prend sa véritable dimension politique et devient pleinement une affaire d'Etat dès lors que la présentation de sa réalité épidémiologique — opération de visibilité et de vérité — prétend orienter, voire déterminer les stratégies d'information et de prévention.

Le travail scientifique qui cherche bien légitimement à rendre plus lisible la progression de l'épidémie, en même temps qu'à permettre la mise au point de traitements, s'inscrit donc dans un processus qui dépasse largement le seul cadre de la recherche médicale et intervient sur la scène politique par la production de données dont il ne maîtrise pas les conséquences sociales (à commencer par les effets provoqués par l'identification de groupes à risque). Par conséquent, il appartient aux concepteurs des enquêtes épidémiologiques de tenir compte du fait que la production et l'utilisation de données sur le SIDA obéissent à bien d'autres « raisons » qu'à la seule raison épidémiologique, et notamment à des raisons d'ordre sociologique (ce qui est bien sûr vrai pour toute enquête mais qui dans le cas du SIDA en Afrique prend un relief particulier). Le choix des opérateurs de visibilité — par exemple, les oppositions rural/urbain ou scolarisé/analphabète paraissent ici plus pertinentes sur un plan à la fois épidémiologique et sociologique que les comparaisons inter-ethniques — peut s'avérer décisif dans ce changement de perspective.

(8) A titre indicatif, dans l'un des pays d'Afrique de l'Ouest visités, les prix pratiqués en pharmacie étaient douze fois supérieurs à ceux constatés sur les marchés (où les préservatifs, vendus au détail, n'offraient pas les meilleures garanties de qualité).

Cependant, on ne saurait considérer que le problème posé à l'épidémiologie du SIDA par le lien entre la connaissance et l'action, entre le savant et le politique, concerne uniquement les Etats africains : s'il est vrai qu'ils lui donnent des accents plus inquiétants, compte tenu des multiples contraintes qu'ils ont à gérer, y compris leur propre fonctionnement politique, il n'en demeure pas moins que tous les Etats du monde y sont confrontés. La question du dépistage systématique, sous ses divers avatars (réservé aux immigrés ou imposé à toute la population), ne soulève-t-elle pas en Europe et en Amérique du Nord les mêmes problèmes éthiques et politiques — ceux liés à la production d'une nouvelle visibilité du SIDA.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Amselle (J.L.), M'Bokolo (E.), *Au cœur de l'ethnie*, Paris, Editions La Découverte, 1985.
- [2] Anderson (R.M.), May (R.M.), McLean (A.R.), Possible demographic consequences of AIDS in developing countries, *Nature*, 1988, 332, 228-234.
- [3] Biggar (R.J.), Gigase (P.L.), Melbye (M.), et al., ELISA HTLV retrovirus antibody reactivity associated with malaria and immune complexes in healthy Africans, *Lancet*, 1985, II, 520-529.
- [4] Biggar (R.J.), The AIDS problem in Africa, *Lancet*, 1986, I, 79-82.
- [5] Boggio (P.), L'épidémie du SIDA à Kinshasa, Le malaise dans la fête, *Le Monde*, 24 décembre 1986.
- [6] Brun-Vezinet (F.), Jaeger (G.), Rouzioux (C.), et al., Lack of evidence for human or simian T lymphotropic viruses type III infection in Pigmies, *Lancet*, 1986, I, 854.
- [7] Chombeau (C.), L'Afrique sans préservatifs. La prévention de l'épidémie du SIDA et l'obstacle des tabous, *Le Monde*, 18 novembre 1987.
- [8] Clumeck (N.), Mascart-Lemone (F.), de Maulbeuge (J.), et al., Acquired immune deficiency syndrome in Black Africans, *Lancet*, 1983, I, 642-646.
- [9] Clumeck (N.), In : J.Y. Nau : Les spécialistes redoutent une hécatombe. L'ombre du SIDA sur l'Afrique. *Le Monde*, 11 octobre 1987.
- [10] Clumeck (N.), L'épidémie sera à l'origine d'une mutation majeure de la société africaine, *Le Monde*, 28 novembre 1987.
- [11] Fassin (D.), Dozon (J.P.), Les Etats africains à l'épreuve du SIDA, *Politique Africaine*, 1988, 30, 79-85.
- [12] Hatzfeld (J.), Abidjan fait la nique au SIDA, *Libération*, 6 mai 1987.
- [13] Hrdy (D.B.), Cultural practises contributing to the transmission of human immunodeficiency virus in Africa, *Reviews of Infectious Diseases*, 1987, 9; 1109-1119.
- [14] Huminer (D.), Rosenfeld (J.B.), Pitik (S.D.), AIDS in the pre-AIDS era, *Reviews of Infectious Diseases*, 1987, 9, 1102-1108.
- [15] Konotuhey-Ahulu (F.I.B.), AIDS in Africa : Misinformation and disinformation, *Lancet*, 1987, II, 206-207.

- [16] Kreiss (J.K.), Koech (D.), Plummer (R.A.), *et al.*, AIDS virus infection in Nairobi prostitutes, *The New England Journal of Medicine*, 1986, 314, 414-418.
- [17] Leibowitch (J.), *Un virus étrange venu d'ailleurs*, Paris, Grasset, 1984.
- [18] Moussa, Actielement, les toubabous i dit que c'è capotes selment ça moyen bloqué SIDA, *Ivoire Dimanche*, 8 mars 1987.
- [19] Panos, *AIDS and the third Wold*, The Panos Institute, London-Paris-Washington, 1988.
- [20] Pickering (H.), Asking questions on sexual behaviour : some methods tested in West Africa, *Health Policy and Planning* (sous presse).
- [21] Piot (P.), Carael (M.), Epidemiological and sociological aspect of HIV infection in developing countries, *British Medical Bulletin*, 1988, 44, 1-21.
- [22] Quinn (T.C.), Mann (J.M.), Curran (J.W.), *et al.*, AIDS in Africa : an epidemiologic paradigm, *Science*, 1986, 234, 955-963.
- [23] Raynaut (C.), Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger, *Pollitique Africaine*, 1987, 28, 42-52.
- [24] Face à face : l'Afrique et le SIDA, *Ivoire - Dimanche*, numéro spécial consacré au SIDA, février 1987.