

Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida

*Jean-Pierre Dozon, ORSTOM
et Agnès Guillaume, Institut santé et développement*

Depuis une dizaine d'années, les médias nous donnent de l'Afrique l'image d'un monde voué à l'accumulation des malheurs, comme frappé d'une sorte de « malédiction ». Guerres civiles, famines, sécheresses, tyrannie de nombreux chefs d'État, corruption généralisée sur fond de crises économiques provoquées notamment par la baisse des cours de la plupart de ses produits d'exportation (arachide, café, cacao, pétrole, etc.) dont la manne avait pu faire espérer une possible industrialisation dans certains pays comme le Nigéria, illustrent « à souhait » le sombre tableau. A ce compte, l'Afrique, qui, pendant les années consécutives aux décolonisations, faisait partie de ce tiers monde « en voie de développement », semble aujourd'hui décrochée d'une telle perspective et présenter au contraire de nombreux signes de stagnation, voire de régression [73]. Même un pays, longtemps considéré pour l'Afrique, voire pour le tiers monde, comme un modèle de croissance économique, la Côte d'Ivoire, dont les infrastructures, souvent somptuaires, et l'importance de la population immigrée marquent encore le caractère d'exception, semble rejoindre le destin commun et désenchanté des pays africains.

Durant la même période s'est ajouté un élément d'importance qui, pour tenter d'apporter des solutions aux impasses du développement en Afrique, n'en a pas moins aggravé le contexte global de crise socio-économique : les « programmes d'ajustement structurel » initiés et mis en œuvre par la Banque mondiale. En réduisant les dépenses publiques, et donc le rôle de l'État dans les économies nationales, en privatisant nombre de secteurs dont celui-ci avait la charge, leur objectif est apparemment louable puisqu'ils se proposent tout à la fois de soutenir l'esprit d'entreprise et de lutter contre l'improductivité de structures étatiques trop lourdes et propices au népotisme et à la corruption. Pourtant, ces programmes, outre des résultats, pour l'heure, guère concluants, ont des effets immédiats assez néfastes.

Ainsi, la réduction souvent drastique des dépenses publiques tend à couper les États africains de leurs populations, à ne plus offrir les emplois qui permettaient, *via* la scolarisation, une certaine mobilité sociale et à enfermer les couches dirigeantes dans leurs rentes et leurs privilèges loin des problèmes du plus grand nombre, de sorte que ces États se contentent trop souvent de n'être que les détenteurs de la violence dite « légitime » (des forces de répression) et sont de moins en moins à même de remplir leurs diverses fonctions de service public, tout particulièrement celle qui concerne la santé et la protection sociale. L'affaire est d'autant plus grave que même quand ils ne connaissaient pas encore les contraintes de l'ajustement structurel ou lorsque certains d'entre eux évoluaient dans une relative prospérité, les États africains n'ont guère investi dans la santé publique (depuis les indépendances, la part réservée à celle-ci dans les budgets nationaux a toujours été inférieure à 10 % - *tableau 1*), ou, s'ils l'ont fait, c'était surtout en direction d'une médecine curative et pour des réalisations assez prestigieuses (du type CHU) qui entraînaient, du même coup, un désintérêt pour la médecine sociale et préventive. D'après une étude récente [31], un tiers seulement de la population sub-saharienne aurait accès aux médicaments essentiels.

TABLEAU 1. — PARTS DES BUDGETS ALLOUÉES PAR QUELQUES ÉTATS
À CERTAINS SECTEURS (EN % DU BUDGET TOTAL)

Pays	Défense 1990	Éducation 1990	Santé	
			1972	1990
Malawi	5.4	8.8	5.5	7.4
Zaire	6.7	1.4	2.4	0.7
Sierra Léone	5.3	10.4	5.3	3.6
Mali	8.0	9.0	ND	2.1
Kénya	7.8	19.8	7.9	5.4
Ghana	3.2	25.7	6.3	9.0
Zambie	0.0	8.6	7.4	7.4
Lésotho	9.9	15.2	8.0	7.4
Libéria	9.8	11.6	9.8	5.4
Cameroun	6.7	12.0	ND	3.4
Égypte	12.7	13.4	ND	2.8
Botswana	11.6	20.2	6.0	4.8
Maurice	1.3	14.4	10.3	8.6

Source : *Rapport sur le développement mondial*, Banque mondiale, 1991, (tableau n°11).

ND : données non disponibles.

Il n'est pas absurde d'imaginer, et ceci peut-être à leur décharge, qu'au moment des indépendances, certains États africains aient voulu rompre avec une période coloniale où les autorités avaient précisément privilégié

la médecine de masse sous forme de lutte contre les grandes endémies (lèpre, trypanosomiase, campagnes de vaccination) et qu'en la matière les méthodes utilisées (dépistages systématiques, passeports sanitaires, etc.), bien qu'elles fussent souvent efficaces, paraissaient trop liées à un système de contraintes dont les nouveaux États voulaient se démarquer [22] pour se doter de structures sanitaires et d'une médecine qui semblaient plus nettement orientées vers le développement et la modernité. Mais n'était-ce pas jeter le bébé avec l'eau du bain ?

Dans un tel contexte, le sida constitue tout à la fois une menace de faillite pour un système sanitaire déjà en crise, une source de graves problèmes sociaux et un coût exorbitant pour les économies africaines.

I. UNE MENACE DE FAILLITE POUR UN SYSTÈME SANITAIRE DÉJÀ EN CRISE

Un système sanitaire déjà en crise

- *Un regain des grandes endémies et une mortalité toujours élevée.* — En tout état de cause, nombre d'endémies et de pathologies tropicales non seulement n'ont pas disparu, mais connaissent aujourd'hui des regains de virulence ou des prévalences accrues, tels la trypanosomiase et surtout le paludisme, et si l'on peut penser que l'absence de vaccin ou que les piétinements de la recherche biomédicale face aux phénomènes de chimiorésistance (comme dans le cas du paludisme) favorisent cette aggravation, les carences de la santé publique, particulièrement de la prévention, sont plus déterminantes ; ainsi, la mortalité infantile, qui aurait dû logiquement diminuer de beaucoup puisqu'on dispose de vaccins contre la rougeole, la coqueluche, le tétanos, etc., ainsi que de moyens simples et efficaces pour lutter contre les diarrhées (réhydratation orale), reste élevée en moyenne. Certes, il faut compter avec la faible réceptivité des populations aux actions de santé publique, notamment dans les régions rurales et reculées [42], mais ce sont surtout les faiblesses et le manque de moyens des politiques de prévention qui sont en cause. Sans doute, les États africains essayent-ils, depuis une bonne dizaine d'années, suivant les consignes de l'OMS et avec l'aide bien souvent d'organisations non gouvernementales, de mettre sur pied des dispositifs de « soins de santé primaires » dont les objectifs consistent précisément, par des actions continues auprès des populations, à lever les obstacles à la prévention et à populariser des techniques de soins et d'hygiène susceptibles d'améliorer l'état sanitaire, notamment celui des mères et des jeunes enfants. Mais pour répondre à leur finalité, ces dispositifs supposent que des États fassent précisément de la santé publique une priorité, par conséquent qu'ils ne les laissent pas dans les seules mains de l'aide internationale et qu'ils prennent des mesures

d'accompagnement en matière de formation des agents de santé, de réformes des structures sanitaires, d'alphabétisation, etc. ; toutes choses qui dans les conditions économiques actuelles, elles-mêmes souvent assorties de troubles ou d'incertitudes politiques, rendent particulièrement difficile la mise en application d'une telle priorité.

Ainsi, l'épidémie du sida survient-elle dans un contexte de morbidité et de mortalité encore élevées (même si l'espérance de vie s'est accrue au cours des dernières décennies, [67]) et souvent de remise en cause de certains facteurs de progrès sanitaires qui avaient pu jouer un rôle notable dans la période antérieure, notamment en milieu urbain [2]. Face à la pérennité, parfois la recrudescence de graves endémies, à l'aggravation ici et là de la malnutrition, notamment des enfants, due à la dégradation des conditions de vie et des structures familiales (notamment dans les grandes villes africaines où se multiplient les « gamins de la rue »), les gouvernements africains sont dans un état de faiblesse extrême : non seulement dans le domaine de la prévention, mais également dans celui des soins. Le dysfonctionnement des systèmes de santé est de plus en plus criant, la dégradation des formations sanitaires publiques et l'inaccessibilité aux soins les plus élémentaires ne peuvent être compensées par l'existence d'un secteur privé (médecine libérale, cliniques privées) qui rend au contraire plus manifeste le fossé entre une minorité de privilégiés et le reste de la population. Si l'on peut s'étonner que dans de telles conditions les hôpitaux et les dispensaires soient encore fréquentés, on assiste, cependant, dans de nombreux pays à une baisse importante des consultations comme au Mali où seulement un habitant sur quatre à un contact annuel avec un service de santé au lieu d'un sur deux dix ans plus tôt [12]. Se développe, en revanche, tout un secteur informel d'officines privées (où l'on retrouve des infirmiers, certains matériels et de nombreux médicaments des services publics) qui ne présente pas, loin s'en faut, toutes les garanties de prises en charge, tandis que se répandent des pratiques d'automédication, consistant notamment en l'achat sur les marchés de comprimés et de gélules peu chers et ressemblant aux médicaments modernes (fabriqués pour la plupart au Nigéria), qui, du fait même de leur succès, peuvent compliquer bien des affections, particulièrement les MST dont on sait l'importance dans la diffusion du sida.

• *Un regain des médecines traditionnelles.* — Parallèlement, on assiste à un regain d'intérêt pour les médecines traditionnelles qui, bien qu'elles aient toujours été présentes, avaient subi, depuis l'époque coloniale, l'ascendant de la biomédecine. Ces médecines séduisent à nouveau aujourd'hui un large public, y compris des couches sociales (notamment les salariés) qui avaient pris l'habitude de fréquenter principalement les services de santé, et semblent aujourd'hui (re)découvrir les possibles bienfaits des guérisseurs.

A cela, au moins deux raisons. La première tient, bien sûr, aux carences et à la crise de légitimité du système biomédical, au gouffre qui sépare désormais le coût et la qualité des soins ; la seconde vient de l'OMS même et de ses programmes de soins de santé primaires où figurait ce qu'on a appelé « la valorisation de la médecine traditionnelle ». Celle-ci a été peu ou prou reprise à leur compte par bien des États africains avec la mise en place d'associations officielles de « tradipraticiens » [22, 28]. Sur toute la gamme des devins, clairvoyants, marabouts, et autres prophètes-guérisseurs, qui peuvent non seulement apporter des remèdes aux maux du corps, mais aussi du sens aux malheurs plus généraux de l'existence, la prolifération des médecines traditionnelles est à la mesure inverse des dysfonctionnements de la biomédecine. Dans ce contexte, l'arrivée du sida est un sérieux accélérateur pour une prise de position encore plus avantageuse des « tradipraticiens ». En se déclarant impuissante à guérir une maladie dont elle a créé le nom, en affichant par des campagnes d'information un peu trop rapides « le sida tue », la biomédecine et la santé publique aggravent leur crise de légitimité et donnent, en revanche, toute latitude à certains guérisseurs de relever le défi, d'affirmer, non sans forfanterie, qu'ils sont capables non seulement de prendre en charge, bien mieux que les formations sanitaires, les malades du sida, mais aussi de les guérir.

Ajoutons à cela que, sur ce terreau des maladies, du sida, et plus généralement du malheur et de la crise, d'autres intervenants prospèrent comme la kyrielle d'Églises, mouvements religieux et autres sectes dont regorge actuellement le continent africain. Concurrentiels entre eux, comme avec la médecine traditionnelle, ils œuvrent à donner du sens au monde tel qu'il va (le sida comme « fléau de Dieu ») ou tel qu'il pourrait être, mais surtout prétendent aussi intervenir sur le plan thérapeutique en proposant eaux bénites, prières, abstinences diverses à leurs fidèles, et cela, en principe, gratuitement. Même l'Église catholique va dans cette direction au travers notamment de son courant charismatique dont les groupes de prières laissent espérer guérisons et parades aux malheurs.

En définitive, les États africains n'ont jamais moins été des États-providence qu'aujourd'hui. Parfois réduits à ne pouvoir entretenir que leurs forces de contrôle et de répression (police, armée), ils sont dans la quasi-impossibilité d'assurer à la population une quelconque couverture sociale et échouent même à faire fonctionner les services publics les plus élémentaires, notamment les services sanitaires. Le coût de la santé incombe pour l'essentiel aux familles qui, de ce fait, sont en quête de recours thérapeutiques plus aisément accessibles (automédication, guérisseurs, communautés religieuses) et dont les prix, pourtant non négligeables comme ceux en usage chez les « tradipraticiens », paraissent moindres du fait de pratiques (paiement à crédit, en nature, ou postérieur, etc.) plus souples que celles qui ont cours dans les formations sanitaires.

• *Le sida « maladie du développement »*. — Tel est, grossièrement brossé, le contexte dans lequel se diffuse l'épidémie de sida en Afrique. En réalité, certaines de ses caractéristiques sont autant de facteurs qui ont favorisé et favorisent l'extension de l'épidémie. Les guerres civiles, les désordres sociaux, les déplacements forcés de populations (comme en Ouganda, en Tanzanie, au Rwanda, etc.), ont sans conteste contribué à élever les taux d'infection, notamment dans les zones rurales. De la même façon, l'urbanisation rapide et trop massive de certaines métropoles africaines, les migrations de travail et les réseaux commerciaux tissant d'incessants va-et-vient entre les zones d'accueil et les zones de départ (lesquelles sont souvent réparties sur plusieurs pays, les plus « riches » accueillant quantité de migrants des pays pauvres) constituent de probables vecteurs de l'épidémie. Ces phénomènes clefs de l'Afrique contemporaine sont en effet gros de parcours qui conduisent à des marginalisations sociales, tout particulièrement parmi les jeunes dont l'émancipation à l'égard des tutelles familiales et des sphères traditionnelles est souvent mal relayée par l'insertion dans les secteurs réputés modernes (déscolarisation, chômage) les menant à inventer mille débrouillardises, mais aussi à se plonger dans des « illégalismes » de tous ordres (banditisme, trafic et usage de drogues, etc.) peu compatibles avec une réduction des « comportements à risques ». Au compte de ces marginalisations ou de ces difficiles insertions, il faut bien sûr mentionner la prostitution, principalement féminine. Phénomène assurément de grande ampleur, il rassemble, en fait, sous un même label, différents engagements dans des rapports vénaux, du professionnel à l'occasionnel ou au provisoire. S'il témoigne d'une soumission de nombreuses jeunes femmes à un vaste marché du sexe (le plus souvent urbain mais pouvant s'étendre à des milieux ruraux, notamment dans les secteurs de productions agricoles qui attirent de nombreux travailleurs migrants célibataires), le phénomène dénote de leur part tout aussi bien des stratégies de survie, un désir d'améliorer leur quotidien ou encore la volonté de vivre « librement » par l'évitement des contraintes ou des aléas du mariage. Non réductible par conséquent à la prostitution telle qu'on peut l'entendre usuellement, il contribue, toutefois, largement à ce « multi-partenariat » hétérosexuel dont on sait qu'il est l'une des principales causes de la diffusion du sida en Afrique [9].

En résumé, le contexte socio-économique africain est tel que le sida peut être défini, à la suite de Miller et Carballo [48], comme « une maladie du développement ». L'expression a l'avantage d'indiquer que le drame du sida est directement relié à nombre de problèmes ou phénomènes propres à l'Afrique contemporaine et que, du même coup, les conditions de sa prise en charge globale passent, au moins partiellement, par de profondes refontes dans le domaine politique, économique, social, et bien évidemment sanitaire.

Une menace de faillite complète

Né dans et de ce contexte de crise générale et de recul sanitaire, le sida pose à son tour des problèmes de portée toute nouvelle.

• *Des problèmes iatrogéniques importants.* — Déjà, dans les pays du Nord l'irruption du sida est une grave épreuve pour la biomédecine puisque, tout en ayant démontré sa capacité à aller vite en besogne, à découvrir le ou les agents pathogènes, les modes de transmission, à mettre au point des tests de dépistage de plus en plus fiables, elle s'est déclarée durablement impuissante à guérir ou à prévenir médicalement la maladie. Cette impuissance prend un relief tout particulier en Afrique où les médicaments, tels l'AZT, qui permettent en principe au Nord un allongement de l'espérance de vie des sidéens (et relativisent ainsi l'impuissance médicale), ne sont guère disponibles ou accessibles, étant trop chers pour les modestes budgets des structures sanitaires comme pour ceux de la plupart des personnes contaminées et de leur famille (les séropositifs issus des classes aisées se soignant bien souvent à l'étranger) ; même les médicaments plus usuels comme les antibiotiques qui permettent de freiner les maladies opportunistes posent problème, faute de politiques de « médicaments essentiels » clairement établies et dotées de moyens suffisants.

Mais au-delà de ce problème crucial qui, comme on va le voir, affecte l'exercice de la médecine en Afrique, certaines pratiques médicales sont directement impliquées dans la diffusion de l'épidémie. La transfusion sanguine, dont on sait que, dans beaucoup de pays d'Afrique, elle est une pratique fréquente, valorisée de longue date aussi bien par les médecins que par les patients et souvent utilisée en substitution d'autres remèdes, joue un rôle majeur dans le traitement de nombreux cas d'accès palustres, notamment ceux qui touchent les enfants [38], ou encore dans le traitement d'anémies qui surgissent fréquemment lors des grossesses ou après les accouchements. D'après les données officielles, la transfusion sanguine ne semble responsable que de 5 % à 10 % des cas adultes de sida, mais peut-être de 25 % des cas pédiatriques [61]. On peut à cet égard se demander si, d'une part, elle n'est pas au départ de réseaux de contamination et si, d'autre part, les risques d'infection qu'elle représente sont suffisamment pris en compte par les divers intervenants de la lutte contre le sida, les banques de sang contrôlées n'étant pas assez nombreuses et n'offrant pas tout à fait les mêmes garanties que celles en vigueur au Nord.

Plus encore que les transfusions, les injections sont amplement pratiquées et font également l'objet d'une assez forte valorisation (les représentations les plus courantes faisant état, par rapport à des comprimés souvent chers et qu'il faut prendre en plusieurs fois, de la plus grande efficacité de produits qui passent directement dans le sang). Or ces injections n'offrent pas, bien souvent, des garanties suffisantes de stérilisation et

peuvent être à l'origine de la transmission des virus de l'hépatite et aussi du VIH. Un étude de J. Man et *al* [46] avait montré dès 1986 que des enfants séropositifs de mère séronégative l'étaient vraisemblablement devenus à la suite d'injections non stérilisées. Plus récemment, R.M. Packard et P. Epstein [55] sont allés encore plus loin dans ce sens. En effet, étudiant le lien bien connu entre la diffusion des maladies sexuellement transmissibles et l'épidémie du sida, ces deux auteurs estiment que dans le traitement des MST la pratique d'injections d'antibiotiques a pu, au moins autant que les relations sexuelles, être au départ de l'extension du sida. Du reste, à l'encontre du paradigme dominant qui affirme qu'en Afrique la transmission du VIH est d'origine essentiellement hétérosexuelle, ils proposent un « modèle alternatif » où la transmission sanguine devient une composante importante de la dissémination du sida. Sans forcément corroborer ce point de vue qui reste encore sans preuve suffisante, il nous semble qu'en tout état de cause les campagnes d'information et de prévention, en mettant principalement l'accent sur la diffusion du préservatif, négligent imprudemment ce possible aspect de la transmission.

Le problème du sang devrait, du reste, être plus largement exposé, c'est-à-dire, au-delà de la iatrogénie propre aux formations médicales, donner lieu à une information mieux diffusée et plus précise concernant certaines pratiques rituelles (excision, circoncision, scarification, etc.), les accouchements traditionnels par les matrones, certains soins corporels où des instruments non désinfectés en contact avec le sang peuvent circuler d'une personne à l'autre.

• *Une rude épreuve pour la profession médicale.* — Au total donc, le sida met à mal nombre de pratiques médicales et requiert une plus large information et des interventions accrues concernant des actes mettant en jeu de possibles transmissions par le sang que l'on a peut-être trop minimisées au regard de la transmission sexuelle.

Mais, dans toute cette affaire, le plus important c'est la mise en question, bien plus nettement qu'ailleurs, de la profession médicale. Le fait qu'elle ne dispose que de traitements palliatifs pour une maladie qui est synonyme de mort lui jette un discrédit dont elle n'avait pour le moins guère besoin quand on songe au contexte dans lequel elle évolue ; ce qui ne fait que renforcer, comme on l'a vu, l'attrance qu'exercent les guérisseurs dont bon nombre clament bien haut qu'il n'est nulle maladie pour laquelle on ne peut trouver son remède.

Plus éprouvant encore pour la profession, le problème de l'annonce de la séropositivité dont les implications l'entraînent dans une prise en charge pour laquelle elle ne dispose que de peu de moyens et n'est guère préparée à formuler ce genre de « vérité ». Le problème est d'autant plus aigu que, dans la plupart des cas, les patients dépistés l'ont été sans leur consentement

préalable (femmes enceintes, donneurs de sang, malades tout-venants des hôpitaux) et que, du même coup, les médecins africains se trouvent confrontés à des réactions individuelles qui sont loin de pouvoir améliorer leur capacité de prise en charge (fuites, attitudes suicidaires, refus de communiquer la « vérité » au(x) conjoint(s) ou aux partenaires). C'est pourquoi nombre d'entre eux ne disent pas leur séropositivité aux patients [68], ou bien délèguent à d'autres (assistantes sociales, infirmiers, voire parfois un membre de la famille) le soin de le faire. S'il faut sans doute y voir un manquement à l'éthique (qui commence, du reste, avec le trop grand nombre de dépistages à l'insu), une telle attitude de la part de nombreux médecins est malgré tout assez compréhensible en ce qu'elle repose sur une sorte de défense d'une profession qui se sait en Afrique particulièrement démunie mais n'entend pas davantage aggraver sa situation en jouant le mauvais rôle d'annonceur de mort. A cela s'ajoute une histoire spécifique de l'exercice de la profession en Afrique où les médecins des services hospitaliers n'ont guère été habitués à pratiquer le « colloque singulier », cette carence s'expliquant aussi bien par le nombre élevé de consultations que par les difficultés de compréhension, notamment d'ordre linguistique, entre eux et les patients.

Tout cela ne favorise guère la prise en charge des séropositifs et des malades, telle qu'on peut théoriquement [63] la concevoir sur la base de services de conseil et de soutien psychosocial (« counselling »). Dans la plupart des cas, les services publics hospitaliers paraissent peu aptes à assurer les tâches de « counselling » et celles-ci devront bien souvent être prises en charge par l'aide internationale et probablement mises en œuvre par des ONG dans le prolongement des activités des « soins de santé primaires » qui sont déjà fréquemment le fait de ce type d'organisation. Du reste, ce n'est pas seulement la prise en charge des malades qui semble devoir prendre cette orientation, mais aussi les activités très concrètes de prévention, lesquelles paraissent nécessiter moins des messages à l'adresse du public qu'une action suivie auprès de groupes cibles [57].

• *La prévention en question.* — D'autres problèmes compliquent singulièrement les dispositifs de lutte contre le sida en Afrique. D'abord, il n'y existe pas ou peu de tradition de prévention qui repose sur la persuasion, ou qui en appelle, à partir des sphères étatiques, à un changement des comportements individuels et collectifs (pour la transmission sanguine, et surtout pour la transmission sexuelle). Il suffit pour s'en convaincre de constater le peu d'intérêt que les États africains manifestent à l'égard de problèmes importants de santé publique comme l'alcoolisme et surtout le tabagisme qui sont déjà relayés aujourd'hui par une consommation croissante de drogues parmi les jeunes ; la publicité pour la bière et surtout pour des marques de cigarettes restent « monnaie courante » dans beaucoup de pays africains et il n'y a guère que les très nombreuses institutions religieuses,

parmi lesquelles celles de l'islam (mais on pourrait ajouter aussi bien l'univers des guérisseurs qui interviennent parfois sur le terrain du tabagisme), pour contrecarrer une telle situation. Pourtant les sociétés africaines traditionnelles, comme toutes les sociétés, manifestaient, et manifestent toujours dans une certaine mesure, une très grande attention vis-à-vis de ce qu'on pourrait appeler l'anticipation du malheur sous toutes ses formes ; mais précisément cette anticipation passe au premier chef [27] par tout un registre magico-religieux impliquant des interdits, des obligations, des sacrifices rituels, etc., c'est-à-dire des pratiques pour le moins différentes de celles très laïques proposées par la prévention moderne. En outre, la période coloniale ne fut guère propice à une prévention persuasive ou éducative, puisque la lutte contre les grandes endémies, les campagnes de vaccination, ont, la plupart du temps, recouru à la contrainte.

Le problème du sida tend à obliger les États, ainsi que les milieux médicaux, à pratiquer un type de prévention non seulement largement inédit pour eux, mais qui, plus généralement, remet en cause leur faible degré d'implication dans bien d'autres problèmes de santé publique. Et si l'on peut imaginer que les institutions religieuses peuvent combler les insuffisances des pouvoirs publics en ce domaine, c'est avant tout sur le terrain d'une certaine « moralisation » des mœurs qu'elles entendent, non sans opportunité, lutter contre le sida, en prônant la monogamie (cela uniquement pour les institutions d'obédience chrétienne), la fidélité ou encore l'abstinence sexuelle, car elles sont, par ailleurs, hostiles à la diffusion du préservatif. La position dogmatique de l'Église catholique, dont témoignent les récentes visites du Pape en Afrique, n'est pas sans créer de difficultés aux programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) qui peuvent parfaitement accepter, voire relayer, les propagandes sur la fidélité ou l'abstinence sexuelle, mais qui se trouvent engagés, sur le terrain des préservatifs, dans une contradiction ouverte avec le message des Églises qui provoque la confusion chez leurs destinataires.

Cela est d'autant plus fâcheux que le préservatif était lui-même peu connu et peu utilisé avant le sida. En effet, d'une part les MST n'ont que très rarement fait l'objet de campagnes de prévention (bien que des études conduites en certaines régions aient montré leur rôle décisif dans l'incidence particulièrement élevée qu'y prenait la stérilité, [60]), et cela, probablement, à cause du fait que du point de vue des pouvoirs publics, des médecins, ces pathologies sont en principe traitables efficacement. D'autre part, les campagnes de « planning familial » menées avant l'arrivée du sida se sont appuyées sur les méthodes modernes de contraception et non sur l'usage du préservatif. C'est d'ailleurs toujours largement le cas puisque, malgré les recommandations en vue d'harmoniser les programmes de lutte contre le sida et ceux de la planification familiale autour, précisément, du préservatif [72], les actions des uns et des autres, dans bon nombre de pays, demeurent trop souvent séparées.

PERSPECTIVES ET DIFFICULTÉS DE LA PRISE EN CHARGE DU SIDA À ABIDJAN

Enjeu de santé publique majeur, au même titre que la prévention, dans une ville où le sida est la première cause de mortalité chez les adultes ¹, la prise en charge de l'infection à VIH à Abidjan oscille entre les choix de ses principaux acteurs et leur délicate application quotidienne.

De l'accueil du patient au suivi de la séropositivité en passant par le dépistage et l'annonce de son résultat, le personnel médical des unités de prise en charge du sida à Abidjan ² suggère que soit organisé un suivi aux niveaux, d'une part, de l'ensemble des structures sanitaires pour les patients asymptomatiques et, d'autre part, des centres hospitaliers pour les malades à hospitaliser. Par ailleurs, fortement valorisée pour son efficacité, l'adoption des « soins à domicile » présente, pour le personnel de santé, le double inconvénient de nécessiter d'importants moyens matériels et d'être susceptible de remettre en question, de par le contact avec l'entourage, la confidentialité de la relation au malade.

La nature de cette relation cristallise, à travers l'annonce de la séropositivité, les difficultés de la prise en charge du sida. Ainsi, une étude parmi les patients informés de leur statut sérologique rapporte, pour la moitié d'entre eux, des réactions de peur à cette annonce, une indifférence dans 40 % des cas et un désir de mort (évocation du suicide) chez une minorité (moins de 10 % des personnes). Au fil des mois, les sentiments s'inversent : la moitié des malades désireux de mettre fin à leurs jours ne situent plus le sida au premier rang de leurs préoccupations, tandis que ceux initialement indifférents s'avèrent, pour près de la moitié, inquiets de l'évolution de leur santé.

Ces transformations des appréhensions de la séropositivité caractérisent aussi les attitudes des patients qui ignorent leur statut sérologique. Une telle situation de méconnaissance de la séropositivité prévalait dans les centres antituberculeux d'Abidjan (dont 44 % des malades étaient séropositifs en 1992 ³) jusqu'à l'installation récente (janvier et novembre 1992) de cellules de conseil et de prise en charge psychosociale. Informés par les médecins de l'existence d'une « maladie dans le sang » et de la nécessité d'adopter des mesures de protection, mais rarement de la cause de leur maladie (le VIH), les malades se trouvaient dans l'obligation d'enrichir par d'autres sources d'information (entourage, thérapeutes divers) cette connaissance minimale de leur affection.

1. DE COCK *et al.*, 1990, « Aids the leading cause of adult death in the West African city of Abidjan », *Science*, p. 249, 793-796.

2. Les services des maladies infectieuses et de pneumonologie du CHU de Treichville et le centre d'assistance socio-médicale de Treichville (cf. BLIBOLO, A.D., *La prise en charge psychosociale des séropositifs au VIH par leurs parents à Abidjan*, mémoire de maîtrise de sociologie médicale, IES, Abidjan, 1991, 66 p.

3. Source : CAT-Projet RETRO-CI, 1993.

Dès lors (et cela s'observe toujours actuellement) le patient se présente au CAT⁴ avec dans la plupart des cas une perception construite de sa maladie, de son origine et de sa nature précise. C'est donc à un malade qui a multiplié les démarches thérapeutiques et qui a été à l'écoute des « diagnostics » posés par ses proches, que le médecin ou l'assistante sociale (minimisant ou préférant éluder ces capacités d'initiative du patient) doivent annoncer la séropositivité. Intervient ici, d'après les médecins des CAT, une seconde série d'obstacles à une annonce effective. La peur des réactions du patient, la difficulté de faire accepter le préservatif à un séropositif marié et d'amener chacun à renoncer à avoir un enfant, demeurent des problèmes qui dépassent la seule organisation pratique de la prise en charge du sida (passée des médecins qui informaient très rarement leurs malades aux assistantes sociales qui l'assument) pour se situer au cœur du système d'information sur le sida que doivent instaurer les structures sanitaires.

En effet, seule une information sur le sida et les MST délivrée à l'arrivée du malade dans le centre de soins permettra d'évaluer les connaissances de chacun sur la transmission du VIH et sa prévention. Le dépistage, l'annonce et le suivi médical et psychologique interviendront alors dans un second temps, une fois assuré cet indispensable effort d'éducation pour la santé qu'impose (et que peut permettre de réhabiliter) le sida.

Auguste Didier Blibolo
sociologue, assistant social à la Formation sanitaire de Koumassi

et Laurent Vidal
anthropologue, ORSTOM, Abidjan

4. Le CAT ne constitue que rarement le premier et immédiat recours thérapeutique du malade (cf. VIDAL, L., « Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie (Abidjan, Côte d'Ivoire) », *Cahiers d'Études et de Recherches francophones, Santé*, 2, sept.-oct. 1992, p. 320-329.

II. UNE SOURCE DE GRAVES PROBLÈMES SOCIAUX

L'épidémie du sida a et surtout aura de multiples conséquences sociales en Afrique, affectant non seulement un système de santé déjà en difficulté, mais aussi toute la sphère économique. Elle touche en effet les générations socialement actives, en âge de produire et de procréer. L'évaluation de ces conséquences est essentielle afin de concevoir des stratégies de réponse et des programmations de ressources adaptées aux situations nécessairement diverses selon les pays, les régions, les types de sociétés, le monde rural ou l'univers du salariat des villes.

La littérature relative aux conséquences du sida est abondante. De plus en plus de textes y sont consacrés, certains dressant d'ailleurs de la situation un panorama des plus catastrophiques... pas toujours nécessairement fondé. Mais cette prolifération des textes contraste avec la pauvreté des informations disponibles et repose sur une tendance assez marquée à la redondance et sur des exercices prospectifs souvent assez mal étayés et pour le moins contrastés.

Souvent les analyses proposées restent au niveau théorique, ne faisant référence qu'à quelques études de cas, toujours les mêmes, centrées sur quelques pays fortement touchés par l'épidémie, comme celles sur les « orphelins du sida » ou sur l'« impact socio-économique du sida », en Ouganda [37, 8], ou celle sur les « conséquences socio-économiques du sida », en Tanzanie [53]. Et c'est en fonction de ces quelques études que sont envisagées les conséquences démographiques de l'épidémie et que sont construits différents modèles de projection dont les résultats aboutissent à des conclusions des plus contradictoires sur la croissance de la future population africaine (voir chapitre 3).

Les problèmes méthodologiques et éthiques

Cette rareté des études de terrain relatives aux conséquences du sida s'explique largement par les difficultés méthodologiques et éthiques qu'implique leur mise en œuvre. Non seulement, il faut recueillir l'information sur le statut sérologique des personnes enquêtées, mais il faut aussi mettre ces données épidémiologiques en relation avec des données d'ordre démographique, économique, social... et donc procéder à des appariements particulièrement difficiles à conduire et à interpréter quand on travaille à l'échelle individuelle ou familiale.

Il y a à la base un problème éthique fondamental. Pour réaliser de telles enquêtes on est souvent conduit à pratiquer des dépistages du sida à l'insu des populations ou des échantillons choisis, c'est-à-dire sans informations réelles quant à la nature du test lui-même, de la maladie qui est en cause et de sa prévention, et par conséquent sans communication du résultat. Ce

qui est déjà vrai, comme on l'a vu pour les médecins hospitaliers qui, prescrivant ces tests, reculent souvent devant l'annonce de la séropositivité, l'est encore davantage pour des statisticiens dont les enquêtes n'ont qu'une fin épidémiologique. Plus grave encore, une fois achevées, ces enquêtes laissent aux médecins locaux ou nationaux, déjà bien embarrassés avec cette question de « l'annonce », la responsabilité de communiquer ou non le résultat positif de tests qu'ils n'avaient ni initiés, ni prescrits.

En tout état de cause, les dépistages faits à l'insu des intéressés amplifient les difficultés de la prise en charge en accroissant les risques de traumatisme pour la personne reconnue séropositive et/ou son entourage et en aggravant le discrédit de la profession médicale dont les conditions d'exercice sont déjà très problématiques.

Même s'il est à vocation épidémiologique, le dépistage n'est acceptable que s'il repose sur le consentement éclairé des personnes, c'est-à-dire sur la compréhension par celles-ci de la portée réelle du test. Pour s'assurer d'une telle compréhension, une information préalable et de bonne qualité sur la maladie, ses modes de transmission, les implications des tests et la prévention, doit être faite. Ces conditions éthiques sont indispensables quelle que soit la technique de dépistage. Le dépistage par la salive qui semble être la dernière technique utilisée dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques (*cf.* chapitres 1 et 2) présente certes sur le dépistage par voie sanguine l'avantage d'alléger les procédures de collecte, de faciliter les enquêtes et, partant, de mieux prévoir l'évolution et les conséquences du sida, mais elle requiert plus encore d'information car elle risque de provoquer chez les populations une confusion majeure quant aux modes de transmission de la maladie, en suggérant que parce qu'on y recherche des anticorps (notion en elle-même assez difficile à comprendre) la salive pourrait transmettre le virus.

Une fois ces conditions requises, le dépistage nécessite l'annonce de la séropositivité. Cependant, les problèmes sont encore loin d'être résolus ; il faut en effet prévoir les modalités pratiques de cette annonce afin, d'une part, d'en garantir la confidentialité et, d'autre part, d'être en mesure d'assurer un soutien aux personnes atteintes et à leur entourage. Or nous savons bien que les conditions d'exercice de la profession médicale en Afrique ainsi que l'état des structures sanitaires ne se prêtent guère à une telle prise en charge. Des institutions spécialisées, avec un personnel particulièrement bien formé, ont dû être créées pour assurer le suivi des personnes atteintes. Il y est d'ailleurs parfois prévu, à l'instar de ce qui se pratique souvent au Nord, une prise en charge à domicile mais celle-ci, outre son coût, pose un problème de confidentialité vis-à-vis de l'entourage.

Tout comme le recueil de données épidémiologiques, l'approche des conséquences économiques et sociales du sida, et tout particulièrement celles d'ordre micro-économique portant sur le devenir des personnes atteintes et de leur famille, doit satisfaire aux règles éthiques élémentaires.

Pour cela, il est indispensable que ces études « recrutent » des personnes atteintes dans des institutions qui ont proposé un dépistage aux patients et qui, de ce fait, leur ont communiqué leur statut sérologique et se sont engagées à assurer une prise en charge ultérieure tant au niveau thérapeutique que psychosocial. Ce type de recrutement induit bien sûr des biais méthodologiques, notamment sur le plan de la représentativité, limitant les possibilités de généralisation des résultats. Il permet malgré tout de recueillir de nombreuses informations, sans doute le compromis idéal entre efficacité méthodologique et respect des règles éthiques est-il difficile à atteindre [68], mais l'essentiel est de ne jamais le perdre de vue, et surtout que les confrontations entre chercheurs y fassent en permanence référence, pour tenter de concilier exigences scientifiques et impératifs éthiques. Ces confrontations pourraient aboutir à l'élaboration d'un code d'éthique définissant les modalités pratiques de réalisation des enquêtes sur le sida.

Le sida dans le contexte des transformations des milieux familiaux

Contrairement aux idées trop souvent répandues, le modèle traditionnel des systèmes familiaux et matrimoniaux tel qu'a pu le décrire autrefois la littérature ethnologique, à travers des travaux comme ceux de A.R. Radcliffe Brown et D. Forde [59], n'est plus la règle aujourd'hui en Afrique. De nombreuses transformations sont d'ailleurs intervenues depuis l'époque coloniale. Ainsi, sous l'effet du développement des économies marchandes, notamment des économies de plantation, les rapports de production entre homme et femme au sein de la cellule familiale se sont trouvés modifiés, offrant parfois aux femmes une plus grande autonomie. La scolarisation et l'urbanisation ont également donné aux individus plus d'indépendance face au groupe. Enfin, certains États ont en outre facilité cette mutation en adoptant un code de la famille définissant de nouvelles règles matrimoniales (suppression ou limitation de la polygamie, interdiction de la dot...) et successorales (abandon des règles coutumières), inspirées des codes civils européens.

Mais bien qu'elles n'obéissent plus au modèle lignager traditionnel, ces familles, dans leur majorité, ne correspondent pas pour autant à la famille nucléaire : elles tendent certes à restreindre le nombre de leurs membres, mais atteignent rarement le niveau élémentaire d'un couple et de ses enfants [23]. En fait, des évolutions diversifiées sont en cours : ainsi à Abidjan, la relative nucléarisation des familles s'observe essentiellement dans les catégories sociales les plus démunies [4], mais elle est plus générale dans des pays comme le Rwanda ou le Burundi ; à Lomé, en revanche, on assiste à un élargissement des familles, mais sur la base de relations principalement utérines alors qu'elles proviennent de sociétés traditionnellement patrilinéaires [47].

Le contexte actuel dominé par la crise économique accentue ces transformations des structures familiales ; on assiste à une érosion de plus en plus marquée du contrôle social des aînés sur les cadets, des hommes sur les femmes et leur progéniture, et par la même à celle du système de droits et d'obligations qui lui donnait toute sa légitimité. Dans certains cas l'érosion est telle que les enfants ne sont plus pris en charge par les familles et, se retrouvant à la rue, sont amenés à développer leurs propres stratégies de survie : l'invention de « petits métiers » [63], mais aussi la délinquance, la prostitution, la vente de drogue..., autant de pratiques qui, au regard du sida, peuvent se révéler singulièrement à risque.

Dans ce contexte de déstabilisation des structures familiales qui renvoie elle-même à l'aggravation des inégalités sociales, le sida agit bien souvent comme un révélateur des situations les plus problématiques ou les plus précaires.

Quoi qu'il en soit, partout l'apparition du sida dans la famille est cause de perturbation pour les activités habituelles de chaque membre du ménage mais aussi pour les relations intra-familiales [43]. La découverte de la séropositivité ou de la maladie risque de susciter chez la personne atteinte ou son entourage des réactions d'anxiété, de culpabilité, de marginalisation, de rejet, ou de suicide. Ces réactions peuvent s'expliquer par la méconnaissance du sida, notamment de ses modes de transmission qui peuvent être perçus sur le modèle de la contagion (crainte de contamination par les contacts quotidiens). D'un autre côté, lorsqu'il est considéré comme une maladie effectivement transmissible par voie sexuelle, avec toute la charge de « maladie honteuse » que peut représenter ce type de pathologie, il peut directement affecter les relations à venir entre partenaires ou conjoints (risque de rejet, de séparation, de répudiation ou de divorce) et, lorsqu'il s'agit de polygamie, de distendre les liens entre co-épouses.

Dans tous les cas de figures, la durée et le caractère létal mais aussi tous les stigmates attachés à la maladie déterminent largement la question de l'acceptation ou du rejet par sa famille de la personne atteinte ; d'autant plus que, dans le contexte actuel de crise économique, il peut parfois « sembler inutile de dépenser de l'argent pour les soins d'un mort en sursis alors que la survie des vivants est déjà préoccupante » [34]. Ces réactions négatives vis-à-vis des malades du sida dépassent largement le cadre familial : exclusion des écoles des enfants séropositifs, contrôles aux frontières pour interdire l'entrée des personnes séropositives, marginalisation des individus atteints par crainte injustifiée d'une contamination, stigmatisation de populations spécifiques (prostituées, drogués, étrangers...) considérées comme responsables de la diffusion de la maladie au sein de la population. Elles ne sont, bien évidemment, pas spécifiques aux pays africains, cependant, l'absence ou la limitation des moyens de prise en charge aussi bien au niveau thérapeutique que psychosocial et les

insuffisances de la législation définissant les droits des personnes risquent ici d'en augmenter les effets.

Au sein de la famille le sida amène tout un cortège de difficultés économiques, mais il affecte aussi leur morphologie et les statuts et les rôles qu'y exerce chacun de ses membres. Si la famille est proche du modèle nucléaire, comme dans les couches populaires abidjanaises ou dans certains pays d'Afrique centrale (Rwanda, Burundi, etc.) où les unités domestiques se sont depuis longtemps écartées des structures lignagères, l'impact du sida est particulièrement dramatique [32] : qu'un des parents soit atteint et c'est toute la production économique du ménage qui est compromise, posant avec sa plus grande acuité la question du devenir des enfants (connue souvent sous l'expression « orphelins du sida »).

Les conséquences sont moins brutales dans les familles encore impliquées dans des réseaux de parenté de type lignager ou qui se sont recomposées sur un mode plus ou moins élargi d'un type nouveau. Le sida y affecte cependant la distribution des rôles et des tâches, notamment la répartition entre actifs et inactifs : si un ou plusieurs de ces actifs sont touchés par la maladie, pourront être mobilisés à leur place les jeunes ou les enfants qui devront du même coup abandonner l'école, accentuant un processus de déscolarisation déjà amorcé sous l'effet de la crise économique ; en milieu rural, cette situation peut exiger le recours à une main-d'œuvre extérieure rémunérée, ce qui n'est pas forcément à la portée de toutes les familles. Ces recours peuvent aussi concerner les personnes âgées qui voient leur situation changer radicalement ; bénéficiant normalement d'un soutien de leurs descendants, c'est elles qui se voient confier un certain nombre d'activités, par exemple la prise en charge de leurs petits-enfants [56]. Mais c'est surtout au niveau du statut des femmes que le sida semble avoir les conséquences les plus manifestes.

Femmes et sida

Bien que le sida touche l'ensemble de la population, les femmes sont plus particulièrement concernées pour de multiples raisons, à la fois d'ordre biologique et social, et du fait des diverses fonctions qu'elles exercent en tant que mères, épouses et acteurs économiques.

- *Un risque d'infection important.* — Les données récentes sur la propagation de la maladie en Afrique font état d'une forte progression du nombre de femmes contaminées. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène. D'abord, dans le cadre de la contamination par voie hétérosexuelle qui domine l'épidémie africaine, les femmes sont davantage sujettes à la contamination par le VIH que les hommes car on observe une plus forte probabilité de transmission d'un homme infecté à une femme saine que l'inverse.

Ensuite, on sait que les autres maladies sexuellement transmissibles constituent un facteur non négligeable dans la transmission du VIH. Or, ces MST provoquent des lésions génitales graves ou chroniques chez les femmes qui sont pour elles un facteur supplémentaire de risque d'infection [16], qui plus est ces lésions passent chez elles assez souvent inaperçues et sont insuffisamment traitées, que ce soit par manque de moyens, ou parce qu'elles n'en appréhendent pas la nécessité. Enfin, les femmes sont vraisemblablement plus exposées à la contamination par voie sanguine que les hommes dans la mesure où les anémies et les complications liées à la grossesse et à l'accouchement nécessitent bien souvent des transfusions sanguines [20].

Plus facilement que l'homme, la femme joue également un rôle propre dans la transmission à travers la transmission materno-fœtale, puisque le tiers environ des enfants nés de mères séropositives sont infectés et développent la maladie. Cela ne peut qu'affecter gravement les femmes dans leur rôle, toujours très valorisé en Afrique, de procréatrices ou de mères.

• *La condition des femmes : un facteur d'exposition à la maladie.* — La condition des femmes est assez diverse en Afrique. On peut cependant considérer que les systèmes familiaux et sociaux les placent plutôt dans une situation de dépendance vis-à-vis de leur conjoint en particulier et des hommes en général, notamment ceux qui détiennent le pouvoir économique et politique, au niveau familial, lignager ou villageois.

La condition de la femme africaine, qui conserve ainsi les marques de modèles « traditionnels », a bien sûr évolué avec les transformations de tous ordres survenues depuis plusieurs décennies. La scolarisation notamment a joué un rôle important, quand bien même le niveau de scolarisation féminine, qui s'est amélioré ces dernières années, notamment dans le primaire, demeure très inférieur à celui des hommes [50]. Le fait qu'elle reste limitée conduit les femmes à s'insérer plutôt dans certains secteurs de l'économie, comme le secteur primaire et les activités commerciales, sans accès décisifs aux moyens de production, ou encore dans des emplois urbains du type secrétariat. Cet accès au salariat est cependant l'une des meilleures illustrations des diverses émancipations féminines apparues ces dernières décennies (et pas seulement dans les villes) et qui provoquent un accroissement de plus en plus marqué de l'instabilité matrimoniale.

Tous ces phénomènes concourent à une augmentation notable du nombre de femmes chefs de ménage, en particulier en milieu urbain. S'il faut voir là une forme très marquée d'émancipation féminine, il convient aussi de souligner que cette évolution, même quand elle correspond à des choix délibérés, place souvent les femmes dans des situations difficiles à gérer. Devant assurer l'éducation des enfants, et parfois aussi subvenir aux

besoins des parents, nombreuses sont les femmes qui se trouvent engagées dans des stratégies de survie : recherche d'emplois, notamment dans le secteur informel, qui entraîne des changements de résidence répétés et le recours fréquent à la prostitution. A cet égard, la crise économique, et notamment la réduction des emplois urbains (en particulier pour les femmes), mais aussi l'instabilité matrimoniale qui s'inscrit plus largement dans une érosion des formes d'intégration et de contrôle social traditionnel, sont autant d'éléments qui favorisent le recours à différentes formes de prostitution. Comme on l'a dit plus haut, qu'elle soit occasionnelle, provisoire ou régulière, la prostitution constitue pour les femmes et leurs enfants une source de revenus et même parfois un moyen d'améliorer notablement leur quotidien. C'est en particulier le cas des jeunes femmes, scolarisées ou étudiantes, qui recourent à la prostitution pour financer leurs études. De même, au Zaïre, il est fréquent que des hommes, d'âge mûrs et aisés, entretiennent des relations sexuelles avec des jeunes étudiantes plutôt qu'avec des prostituées afin, croient-ils, de limiter les risques de contamination [11]. En tout état de cause, ces diverses situations et relations exposent les femmes aux MST et au sida, sachant que certaines d'entre elles au moins n'ont qu'un faible pouvoir de négociation dans leurs relations sexuelles (choix du partenaire, emploi de méthodes préventives contre les MST et le sida).

Remarquons d'ailleurs que ce pouvoir de négociation est sans doute autant, sinon plus, limité pour les femmes en union, tant l'idéologie de la procréation est aujourd'hui encore prégnante. A prétendre imposer des méthodes préventives, bien des femmes risqueraient de se trouver rejetées du milieu familial et de rejoindre ainsi la cohorte de celles qui sont engagées dans des parcours individuels mais très aléatoires.

• *Le sida, les femmes et la famille.* — Les conséquences du sida sont d'autant plus importantes pour les femmes qu'elles cumulent bien souvent différentes activités au sein de la famille. Que ce soit elles ou leur conjoint qui soient touchés par la maladie, il s'ensuivra des modifications notables dans le partage des tâches, dans la distribution des rôles au sein de la famille et bien évidemment dans les conditions de prise en charge des enfants. En effet, on sait que leur rôle de mère oblige les femmes à assumer quotidiennement l'éducation des enfants, tâche peu partagée par leur conjoint, même si elles bénéficient parfois de l'aide des enfants plus âgés.

Elles-mêmes malades ou surchargées de travail à cause de l'affection de leur mari, elles n'ont d'autre choix que de recourir de plus en plus à l'aide d'autres membres de la parenté (en particulier les grands-parents) pour la prise en charge et éventuellement la scolarisation des enfants. Ce phénomène n'est pas vraiment nouveau mais il risque de s'amplifier et de prendre des dimensions nouvelles avec le sida.

De plus, en cas de maladie d'un proche, c'est aux femmes qu'incombe la charge des soins, charge d'autant plus longue et lourde qu'il s'agit du sida, ce qui affecte gravement leurs propres capacités productives. En effet, les femmes, tout particulièrement en milieu rural, assurent l'entretien de la famille et les tâches domestiques afférentes (corvée de bois, d'eau, cuisine), ainsi que l'essentiel de la production vivrière. Avec le sida, la répartition qui présidait au fonctionnement des unités domestiques, où les hommes s'investissaient davantage dans les cultures de rente ou d'exportation (café, coton, cacao, etc.), est remise en cause. En effet, si, malade, la femme ne peut plus assumer ses activités dans le secteur vivrier ou si, pour remplacer son conjoint atteint, elle doit orienter davantage son activité vers le secteur marchand de la production pour obtenir des revenus monétaires (afin de faire face notamment aux dépenses de santé), alors risque de se poser un problème alimentaire pour la maisonnée. A tout le moins, des réaménagements de la production seront nécessaires pouvant aller, à l'inverse du cas précédent, jusqu'à l'abandon des cultures de rente pour se consacrer uniquement à l'autosubsistance. Mais ces réaménagements peuvent aussi passer par le recours à une main-d'œuvre supplémentaire, et notamment au travail des enfants.

Enfin, quand leur conjoint décède, de nombreuses femmes déjà privées de l'héritage foncier, et de surcroît parfois stigmatisées par leur entourage, ont recours à des pratiques individuelles de survie [8], porteuses de risques d'expansion de l'épidémie.

La prévention : une mesure à l'encontre des « habitus » démographiques ?¹

Les préoccupations des concepteurs de stratégie de prévention du sida, qui fondent leurs plus grands espoirs sur la diffusion du préservatif, recourent à bien des égards celles des promoteurs de la planification familiale. Malgré l'amorce d'une baisse observée dans certains pays (Kénya, Zimbabwe, Ghana, Botswana), la fécondité reste élevée en Afrique. A cela au moins deux raisons : tout d'abord la mortalité, et tout particulièrement la mortalité infantile (diarrhées, paludisme, etc.), demeure, malgré des progrès importants, trop élevée pour que le processus de transition démographique, déjà engagé dans les grands centres urbains, s'étende rapidement. Ensuite, même si les milieux familiaux n'évoluent plus dans le cadre des univers lignagers traditionnels, la fécondité reste une valeur importante au sein des sociétés africaines, au même titre que la polygynie

1. Reprenant BOURDIEU (*Esquisse d'une théorie de la pratique*, Droz, Genève, Paris, 1972), on entend par *habitus* « un système de dispositions durables » qui, « intégrant toutes les expériences passées fonctionne à chaque moment comme une matrice de perceptions, d'appréciations et d'actions ».

et bien d'autres composantes de l'idéologie lignagère (funérailles, sorcellerie, rituels divers, etc.). Avoir de nombreux enfants est toujours la marque d'une réussite sociale, avec bien sûr la perspective qu'à leurs vieux jours les parents bénéficieront du soutien de leurs descendants.

Cet *habitus* de la fécondité, même s'il est le produit de systèmes traditionnels dominés largement par les hommes, est et reste aussi, et peut-être surtout, véhiculé par les femmes elles-mêmes. Elles y voient toujours le moyen d'asseoir normalement leur statut au sein de la société et parmi leur entourage, et toute remise en question de leur fonction maternelle peut les conduire à la marginalisation [65]. On prend la mesure de cet état de choses au travers de la stérilité qui est généralement perçue, en particulier par les femmes, à la fois comme un contresens social et comme un malheur. Quand les femmes stériles (qualificatif large qui peut inclure des femmes qui médicalement ne le sont pas, la stérilité des hommes étant rarement dicible) ne font pas l'objet de rejet ou de répudiation, on leur confie un enfant pour remplacer celui qu'elles n'auront jamais. Ainsi, à partir d'études menées au Mali concernant les représentations du sida et de la prévention, des jeunes femmes de Bamako disent l'importance qu'elles attachent à prouver leur fécondité et déclarent que, même conscientes du « risque de perdre leur enfant, il est tout de même important de chercher à en avoir un : c'est par la grossesse que les femmes deviennent femmes » [21].

En outre, cette valeur attachée à la fécondité renvoie également à des nécessités économiques, tout particulièrement en milieu rural où une main-d'œuvre familiale nombreuse représente le principal capital productif compte tenu du faible développement de la mécanisation et compte tenu aussi, surtout en cette période de crise, des possibilités limitées de recourir à une main-d'œuvre extérieure rémunérée.

En tout état de cause, la perspective d'une augmentation de la mortalité infanto-juvénile due à la transmission materno-fœtale du VIH, et secondairement aux divers risques de transmission sanguine, représente un facteur non négligeable de maintien d'une fécondité élevée puisque le décès d'enfants suscite le besoin impérieux de leur remplacement.

Néanmoins, la situation est complexe car il existe aussi, ça et là, des aspirations ou des tendances à la limitation des naissances, elles-mêmes largement déterminées par des contraintes économiques car les enfants peuvent représenter une lourde charge là où leur scolarisation, devenue une pratique courante, est conçue comme une nécessité. Cela s'observe notamment en milieu urbain où le contexte économique, l'habitat, le travail salarié des femmes, pèsent d'autant plus fortement en ce sens que par ailleurs la mortalité infantile a largement baissé. De plus, salariées ou non, les femmes engagées dans des parcours individuels (divorcées ou non mariées) entendent ne pas multiplier leurs grossesses.

Un facteur assez décisif intervient aussi bien dans la prévention du sida que dans l'utilisation de méthodes contraceptives : la scolarisation. Des hommes et surtout des femmes qui ont eu un véritable cursus scolaire et qui, de ce fait, habitent plutôt en ville et occupent des emplois salariés ont un accès plus aisé à l'information et davantage les moyens de s'en servir que ceux, et surtout celles, qui sont analphabètes ou très peu scolarisés.

Ainsi, bien que la prévention du sida par la diffusion du préservatif rencontre d'importants obstacles d'ordre socio-économique, idéologique, sanitaire et scolaire ancrés à l'*habitus* démographique traditionnel, la situation n'est pas totalement figée. Bien des tendances démontrent le contraire et peuvent laisser espérer que cette prévention puisse donner des résultats positifs, surtout si elle est coordonnée avec les actions de planification familiale. Dès lors que les réseaux de distribution ont été améliorés et que les prix de vente ont été notablement réduits, les projets de marketing social du préservatif ont rencontré une clientèle non négligeable : en 1991, quarante millions de préservatifs de la célèbre marque « Prudence » ont été vendus ou distribués dans plus de dix pays africains (voir encadré p. 201 et 203) et des études de suivi après intervention, menées plus particulièrement au Cameroun, au Zimbabwe et en Tanzanie, auprès de prostituées professionnelles, ont montré une nette augmentation de l'utilisation des préservatifs [26]. De plus, bien que jusqu'à présent son coût reste largement prohibitif, le préservatif féminin pourrait prendre utilement le relais du préservatif masculin si, comme certains le pensent, il reçoit un écho favorable auprès des femmes dans la mesure où il leur permettrait de prendre plus aisément à leur compte la prévention du sida et des autres MST, ainsi que, de surcroît, la contraception. Mais, outre son coût, qui pourrait certainement être abaissé, la praticabilité de cette technique reste encore incertaine.

Les « orphelins du sida »

Des conséquences sociales du sida, la question des « orphelins du sida » est la plus souvent évoquée. Beaucoup d'auteurs la présentent comme un problème crucial et s'interrogent sur les stratégies à mettre en œuvre pour le résoudre au mieux. Diverses solutions sont proposées comme la prise en charge de ces enfants par le biais de structures dites communautaires dont certaines existent déjà au niveau des villages et des quartiers, notamment sous forme d'associations d'entraide. Elles pourraient être davantage développées grâce à l'appui des ONG ainsi que d'autres institutions, plus classiques, tels les orphelinats ou maisons d'enfants.

APERÇU SUR LE PROJET DE MARKETING SOCIAL DES CONDOMS
(PROMACO) AU BURKINA FASO

Né de la volonté du Comité national de lutte contre le sida (CNLS) en collaboration avec l'United States Agency for International Development (USAID), PROMACO bénéficie de l'assistance technique de Population Services International (PSI), une ONG pionnière dans le domaine du marketing social des contraceptifs. PROMACO a pour mission la vulgarisation des préservatifs « Prudence » sur tout le territoire burkinabé, en s'appuyant sur une gestion de type privé.

Le projet, depuis son démarrage en septembre 1991 et grâce au dynamisme du personnel, a inscrit à son actif des actions assez performantes dont :

- la création d'un circuit de distribution par l'utilisation de l'infrastructure du secteur commercial privé (boutiques, kiosques, étalagistes, bars, hôtels, etc.), approvisionné par au moins un grossiste par province et un effectif de détaillants proportionné à la taille de la population autorisés à prélever systématiquement sur le stock du grossiste par l'intermédiaire des agents de PROMACO,
- l'organisation de campagnes promotionnelles basées essentiellement sur les contacts directs avec la population (bouche à oreille) dans les trente provinces du pays (notamment des conférences, des démonstrations sur l'usage du condom, des animations sur les lieux publics, la distribution d'objets-réclame) y compris la participation de PROMACO à des activités culturelles et/ou sportives de grande envergure et le recours aux médias pour couvrir certaines activités ou passer des messages publicitaires.

Ces différentes activités ont permis à PROMACO d'atteindre les résultats suivants :

- l'établissement d'un réseau de distribution comprenant plus de 2 000 grossistes et détaillants à travers les trente provinces du Burkina où la disponibilité des condoms, surtout dans les centres urbains et semi-urbains avec, actuellement, une extension vers les zones rurales,
- la vente, après dix-neuf mois d'activité, de plus de 5 500 000 condoms Prudence,
- la sollicitation de quatre-vingt associations de jeunesse (fin août 1992) dont trente-six ont bénéficié d'un soutien actif de PROMACO,
- la création d'une notoriété de la marque Prudence bien établie et la bonne connaissance par le public des points de vente PROMACO.

Pourtant le niveau de vente atteint reste largement en deçà de la demande potentielle si l'on tient compte de l'évolution des nouveaux cas d'infection de VIH. Le taux de séroprévalence est estimé à 10 % dans les villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso selon la technique ELISA, et à 15 % chez les femmes enceintes en 1991 selon la technique Western blot dans la province du Poni (statistiques de la Banque du sang).

En référence à ces données statistiques, et malgré la prise de conscience aiguë du fléau, la disponibilité et l'accessibilité du produit (1 FF le paquet de quatre condoms), des efforts restent à faire pour améliorer le réseau de distribution et augmenter la demande effective, l'objectif étant de faire de l'usage du condom une pratique courante.

Sylvia Watts, coordinatrice de PROMACO

Avant de revenir sur ces possibles solutions, examinons de plus près ce phénomène que d'aucuns ont baptisé trop vite « orphelins du sida ». Laissons de côté ici l'aspect prospectif, traité dans le chapitre 3, et rappelons seulement que le phénomène a déjà atteint une grande ampleur dans des pays comme l'Ouganda, le Rwanda ou le Burundi. Ajoutons cependant, chose qui est rarement dite, qu'en Afrique la présence de nombreux orphelins est bien antérieure à l'arrivée du sida.

En effet, compte tenu de la faible espérance de vie qui caractérise encore beaucoup de sociétés africaines et de l'écart d'âge important entre parents et enfants, nombreux sont, parmi ces derniers, ceux qui ont à subir la perte de leur(s) ascendant(s) bien avant d'atteindre l'âge adulte. En outre, bien des événements exceptionnels autres que le sida sont de tout temps venus gonfler des cohortes d'orphelins déjà nombreuses en temps ordinaires : guerres civiles, crises de subsistance, sécheresse, et autres fléaux dont l'histoire africaine récente ne manque pas. Plus généralement, l'existence d'un nombre croissant d'« enfants de la rue » renvoie aux conditions économiques actuelles et aux situations de précarité des ménages qui se développent dans les villes africaines.

• *La notion d'orphelin : une définition variable.* — De plus, sous l'expression d'« orphelins du sida » sont regroupées différentes catégories d'enfants représentant des situations très diverses. Pour certains auteurs sont qualifiés d'orphelins « les enfants de moins de dix-huit ans dont l'un au moins des parents est décédé » [8] ; pour d'autres, il s'agit « d'enfants de moins de quinze ans dont la mère est décédée du sida », en précisant toutefois « qu'avec le risque de transmission hétérosexuelle du virus entre la mère et le père, beaucoup de pères décèderont aussi du sida si ce décès ne s'est pas déjà produit » [58]. Hunter à propos d'une étude menée par l'organisation « Save the children fund » en Ouganda précise que sont considérés comme orphelins les enfants à qui il manque un ou deux de leurs parents (décédés ou déplacés) à la suite d'une cause quelconque (guerre, séparation, et sida) [37]. Palloni et Lee, enfin, prennent en compte dans leur modèle de prévision de l'évolution du nombre d'orphelins les enfants de moins de quinze ans dont le père et la mère sont décédés du sida.

L'hétérogénéité des catégories retenues est donc très grande. Il est assez étonnant que, dans certains cas, on ne considère comme orphelins que ceux ayant perdu leurs deux ascendants, même si, compte tenu de la spécificité du sida, un enfant qui perd un de ses parents a une assez grande probabilité de perdre le second. En outre, il est rarement fait état dans la littérature de certaines règles sociales toujours en vigueur comme le lévirat, qui fait que lorsqu'un homme meurt l'un de ses collatéraux hérite son (ou ses) épouse(s) ainsi que sa (leur) descendance.

SOS ORPHELINS DU SIDA

Nous aurions préféré ne pas tomber dans la stigmatisation, parler des orphelins tout court, mais la particularité et l'ampleur des souffrances endurées par cette catégorie d'infortunés nous amène à les mettre en exergue.

Au Burundi, une des conséquences sociales les plus dramatiques de l'épidémie de sida, c'est l'augmentation importante du nombre d'orphelins. Sur la base des données de séroprévalence du VIH-1 et d'utilisation d'EPIMODEL, le Programme national de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles estimait, en 1992, le nombre d'orphelins du sida à environ 11 000, sur cinq millions et demi d'habitants. Si la contamination se poursuit au même rythme, ce chiffre pourrait quadrupler d'ici cinq ans.

La société burundaise est sensible au problème des orphelins puisqu'elle a conscience que l'enfant appartient non seulement à ses parents mais fait également partie intégrante de la famille élargie et de la communauté. Aussi, jusqu'à très récemment, était-il rare que des orphelins se trouvent dans la situation de laissés-pour-compte. Ceux qui ne pouvaient avoir aucun secours au sein de leur famille élargie étaient spontanément accueillis par les voisins immédiats, les familles amies des parents défunts ou, le cas échéant, présentés à des institutions du type orphelinats ou villages SOS. Avec l'augmentation du nombre d'orphelins, les mécanismes traditionnels d'accueil et de prise en charge sont de plus en plus insuffisants.

Dans le cas du sida, le décès d'un parent précède souvent de peu celui de son conjoint ; de ce fait, de nombreux enfants se retrouvent laissés à eux-mêmes, orphelins de père et de mère. Ils héritent généralement d'une situation économique très difficile dans la mesure où leurs parents sont décédés après avoir consommé tout ce qu'ils possédaient pour assurer les multiples soins occasionnés par la maladie.

Environ 20 à 40 % de ces orphelins naissent séropositifs et évoluent très rapidement vers le sida, décédant de plus souvent avant leur cinquième anniversaire. Il n'est pas rare d'observer aujourd'hui des refus d'adoption d'enfants séropositifs et des attitudes d'exclusion vis-à-vis d'eux.

L'orphelin du sida, surtout s'il est infecté, est stigmatisé. Ainsi, séropositifs ou non, les orphelins du sida, compte tenu de ce qui vient d'être dit, risquent de plus en plus d'être engagés dans des processus de marginalisation, pouvant constituer à la longue un groupe fortement exposé au risque de contamination par le VIH.

Face à une telle situation, il est capital qu'au niveau national et international tout soit fait pour venir en aide aux orphelins en général, à ceux du sida en particulier. Les orphelins des parents ne doivent pas être des orphelins de société. Leur prise en charge doit être organisée au niveau des administrations de base.

Aloys Kamuragiye

Directeur du Programme national de lutte
contre le sida et les MST au Burundi

• *Le placement des enfants.* — D'une façon plus générale, on oublie trop souvent que les enfants ne sont pas forcément élevés par leurs parents biologiques. Il est surprenant que des auteurs évoquent la possibilité de placement ² des enfants comme stratégie possible d'accueil des orphelins sans se demander quelle était leur situation réelle au moment du décès du ou des parents. De fait, un certain nombre d'entre eux sont déjà élevés par d'autres membres de leur famille que leurs parents biologiques, car la pratique très ancienne en Afrique du placement des enfants au sein des réseaux de parenté et de relations reste très fréquente. Elle répondait, et répond encore en partie, à des nécessités économiques ou à des stratégies de capitalisation de dépendants ou encore au besoin de nouer ou de renforcer les liens politiques entre communautés locales. Mais elle s'est amplifiée et diversifiée depuis plusieurs décennies avec le développement de l'économie marchande, de l'urbanisation et de la scolarisation. Nombre d'enfants servent ainsi de main-d'œuvre dans le secteur agricole, dans les activités commerciales et artisanales ; ils peuvent aussi être employés pour des travaux domestiques auprès de parents installés en ville ou tout simplement dans des familles d'accueil. Mais ils peuvent être aussi confiés afin de poursuivre normalement leur scolarisation, soit des zones rurales vers les pôles urbains où les infrastructures scolaires sont plus développées, soit, à l'inverse, de la ville vers les campagnes où les divers coûts liés à la scolarisation sont moins onéreux. Les données sur ce sujet ne manquent pas. Ainsi 8 % des enfants de moins de onze ans du sud-est togolais sont des enfants confiés [44], ainsi que 18 % des enfants de moins de quinze ans à Abidjan [5] et 16 % dans le reste de la Côte d'Ivoire [71]. Des études ponctuelles menées dans différentes régions ivoiriennes révèlent qu'entre 20 et 40 % des individus de moins de vingt ans recensés dans les ménages sont des enfants confiés [70]. On peut, en outre, noter que les grands-parents jouent un rôle important dans cet accueil.

Le phénomène du placement est donc largement institutionnalisé. Il faut cependant s'interroger sur son évolution dans le contexte actuel de crise économique, en particulier pour les familles qui ont la responsabilité de la scolarisation des enfants confiés, et pour lesquelles le coût peut devenir trop élevé. Il faut aussi se demander si cette pratique du placement peut s'appliquer à des enfants dont les parents sont décédés du sida car la crainte suscitée par la maladie peut entraîner des réactions de refus ou de rejet, qui pourraient être encore amplifiées si ces enfants étaient eux-mêmes atteints par le VIH, ne serait-ce que du fait de la charge économique que cela entraînerait.

Ces problèmes se posent déjà pour les institutions de type orphelinats comme le mentionne Preble à propos de l'Ouganda [58] où de telles

2. Ce terme est différent de celui d'adoption qui a un caractère proprement juridique.

institutions ont été créées à la suite de la guerre : des réticences apparaissent pour la prise en charge de ces « orphelins du sida » (crainte de contamination, coût de la prise en charge des enfants infectés qui retentit également sur l'attitude des donateurs, ceux-ci considérant l'accueil d'enfants séropositifs comme n'étant pas « un bon investissement »).

III. UN COÛT EXORBITANT POUR LES ÉCONOMIES AFRICAINES

L'évaluation des conséquences économiques du sida est une des préoccupations centrales de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre cette épidémie, qui cherchent précisément à mettre en place des stratégies et programmes de lutte efficaces afin de limiter la charge qu'elle représente aussi bien pour les États que pour les populations.

Cette évaluation ne doit pas se limiter aux conséquences du sida sur le seul secteur de la santé, mais tenir compte aussi de ses effets plus globaux sur le développement économique du pays, puisqu'une détérioration de l'état de santé des populations amoindrit les perspectives de développement, et prendre en considération le fait qu'inversement l'affaiblissement économique contribue à soutenir l'aggravation de l'état de santé [1]. Le sida, en affectant les forces productives et reproductives, affecte, en fin de compte, tout le potentiel de développement démographique et économique d'un pays et ses conséquences doivent être davantage mesurées en terme de perte de capital humain qu'en coût direct pour le secteur de la santé.

La mesure des coûts du sida

D'emblée, la mesure des coûts du sida s'est appuyée sur des méthodologies existantes mises au point à propos d'autres maladies et dans d'autres contextes que l'Afrique. Élaborées par Rice en 1966, puis largement reprises par les économistes de la santé, ces méthodologies proposent en premier lieu de distinguer les coûts directs et les coûts indirects.

Plusieurs définitions ont été données des coûts directs d'une pathologie mais on peut admettre qu'ils représentent l'ensemble des ressources consommées pour sa prise en charge médicale et sociale [40]. Dans cette catégorie, on peut inclure, en ce qui concerne le sida, les coûts relatifs à l'information et à la prévention (campagne d'information, fourniture de sang « propre »...), à la recherche, au dépistage, au traitement et à la prise en charge des séropositifs et malades. Certains auteurs ont récemment été amenés à faire la double distinction, au niveau de ces coûts directs, entre, d'une part, les coûts individualisés et les coûts collectifs (définitions proposées par Scitovsky et Rice [62] et Cameron [14]) et, d'autre part, entre les coûts

visibles et les coûts invisibles [33]. Les coûts directs individualisés représentent l'ensemble des coûts liés aux traitements, à la prise en charge et au soutien psychologique, à la fois au niveau de l'hôpital, des services sociaux et des unités décentralisées de soins de santé primaires. Des expériences d'évaluation ont été menées en Ouganda et en Zambie. Les coûts directs collectifs rassemblent l'ensemble des coûts consacrés aux traitements et à la prévention par les institutions, indépendamment de la prise en charge individualisée des malades. Les coûts directs visibles, se rapprochent des coûts directs individualisés, puisqu'ils sont calculés à partir des comptes des services sanitaires et sociaux. En revanche, à travers les coûts directs invisibles, ce sont les services gratuits apportés au malade par son entourage ou par des associations caritatives qui sont pris en compte. Leur évaluation est particulièrement difficile à réaliser.

L'évaluation de ces coûts directs est certainement praticable en Afrique mais seulement pour les malades réellement dépistés. Or, on sait qu'un certain nombre de malades du sida non identifiés comme tels (parce que n'ayant pas subi de tests) sont cependant pris en charge médicalement.

L'appréhension des coûts indirects est encore plus délicate. Appartiennent à cette catégorie les conséquences économiques mesurables d'une maladie ou d'un décès prématuré sur la famille, les proches et même, au-delà, la société dans son ensemble [39]. Plus précisément, la mesure des coûts indirects porte sur la perte de productivité ou de temps de travail due à l'affection, touchant le malade lui-même quand il ne peut plus exercer son activité professionnelle ou domestique, mais aussi ses proches lorsqu'ils sont dans l'obligation de le prendre en charge et de lui administrer des soins quotidiens ; elle doit aussi, autant que possible, inclure le prix des conséquences psychologiques de l'affection.

Partout difficile à réaliser cette estimation de la valeur productive du temps de travail perdu [40] l'est d'autant plus dans le contexte africain que le marché de l'emploi n'obéit pas aux normes habituelles (chômage, sous-emploi, secteur informel important, recours fréquent à la main-d'œuvre familiale et enfantine) ; et il est encore plus difficile d'attribuer une valeur productive aux activités domestiques (entretien du ménage, production vivrière, éducation des enfants) les plus souvent assumées par des femmes dont les statistiques officielles disent qu'elles sont « inactives ».

Pour tenter de peaufiner la définition des coûts dans le cas spécifique du sida, Cameron ajoute à ces coûts indirects, qu'il qualifie de « personnels », « les coûts indirects non personnels » correspondant à la réduction, du fait de l'épidémie de sida, de la capacité du système sanitaire à traiter les autres pathologies [14]. Dans un contexte de pauvreté aussi aigu qu'en Afrique aujourd'hui, traiter un malade du sida revient trop souvent en effet à « déshabiller Pierre pour habiller Paul »... dilemme en l'occurrence particulièrement douloureux.

En tout état de cause, le calcul des coûts indirects est une entreprise qui, surtout en Afrique, requiert une large refonte des méthodologies, à la fois parce que les données existantes sont peu fiables et parce que le sida est une maladie tout à fait spécifique. Dans cette perspective, Ainsworth et Over proposent un nouveau « cadre analytique » adapté aux « maladies fatales » [1]. Les données nécessaires peuvent être collectées à partir d'études de suivi à petite échelle auprès de malades et de leur entourage, permettant tout à la fois de mesurer l'impact de la maladie en terme de coûts et d'évaluer les diverses façons dont s'effectue la prise en charge selon différents contextes épidémiologiques et socioculturels [17] (voir encadré p. 209).

Un point paraît d'ores et déjà certain : à la différence de ce qui se passe dans les pays du Nord, la charge représentée par des coûts indirects sera en Afrique bien plus importante que celle des coûts directs ; comme le dit D.C. Lambert, « en Afrique... l'effet sélectif de la surmortalité due au sida sur le développement économique sera plus dommageable que l'impact global du sida sur les budgets de santé » [41].

Coûts directs du sida et conséquences pour le secteur de la santé

Bien que la mesure des coûts directs soit en principe plus aisée que celle des coûts indirects, deux facteurs contribuent à la rendre sujette à caution. D'une part, peu de pays disposent de données fiables relatives aux dépenses sanitaires tant au niveau des structures locales que nationales (seuls quelques grands centres hospitaliers en disposent réellement). D'autre part, une large fraction des coûts de la santé, et particulièrement ceux qu'entraîne l'épidémie de sida, est prise en charge par des bailleurs de fonds étrangers (coopération bilatérale ou internationale) et tout un ensemble d'organisations caritatives et d'institutions privées sans que l'on puisse en faire le compte.

On le sait le sida survient au pire moment, alors que les programmes d'ajustement structurel imposent des réductions drastiques aux budgets de santé publique et une contribution plus grande de la population au financement des soins de santé de base [29]. Les budgets de la santé publique étant déjà très limités au regard des autres dépenses de l'État (tableau 1), leur actuelle diminution va à l'encontre des nécessités de prévention et de prise en charge du sida. Certains comme Sabatier et Tinker (cités en [3]), prédisent (sans tenir compte il est vrai de la part importante que prendra probablement l'aide internationale dans cette affaire) : « Les programmes de santé déjà affectés par un manque de ressource vont être complètement écrasés par les coûts engendrés pour le traitement, la prévention et la gestion des programmes relatifs au sida. » Déjà, au Rwanda, le coût annuel de traitement d'un malade se situe entre 160 et 680 \$, alors

que le PNB par tête est de 320 \$: un épisode d'hospitalisation atteint entre 90 et 400 \$, et chaque patient en subit en moyenne 1.7 par an [14].

En toute hypothèse, la gestion de l'épidémie conduit à une réallocation des ressources aux dépens d'autres pathologies qui continuent de sévir, voire s'amplifient, comme le paludisme, ainsi qu'aux dépens de la prévention, pourtant théoriquement possible, des maladies infantiles. Au Zaïre, une étude menée à l'hôpital Mama Yemo a révélé que les durées de séjour et, corrélativement, les coûts des traitements, étaient beaucoup plus élevés pour des patients séropositifs ; dans cet hôpital, la moitié des lits du service de médecine interne sont occupés par des séropositifs, ce qui limite considérablement les possibilités d'admission pour d'autres affections [36]. De plus, parmi les maladies opportunistes qu'occasionne le sida, il en est une en particulier, la tuberculose, qui en tant que maladie contagieuse accroît notablement sa prévalence dans nombre de pays, comme en Côte d'Ivoire [10], ce qui, là encore, pèse et risque de peser de plus en plus lourdement sur les budgets nationaux.

Le sida conduit également à un recentrage des dépenses publiques sur les centres hospitaliers, aux dépens des structures périphériques de type dispensaire et de tout ce qui avait été entrepris au niveau de l'organisation des soins de santé primaire ou des soins à domicile, même si ces derniers sont souvent pris en charge par des intervenants extérieurs de type ONG. Une étude menée en Tanzanie montre, par exemple, que les traitements dispensés dans les hôpitaux de référence des centres urbains sont vingt fois plus coûteux que ceux des dispensaires, et cinquante fois plus élevés que les soins à domicile [14].

Pour faire face aux charges supplémentaires de travail liées au sida (prise en charge des malades, dépistage...), un recrutement de personnel médical serait nécessaire ; cela pose encore plus crûment la question des restrictions budgétaires dans la mesure où l'aide internationale, qui porte essentiellement sur les investissements et les coûts récurrents (constructions d'infrastructure, fournitures de médicaments, équipements pour le contrôle du sang et le dépistage...), ne peut guère prendre en charge les dépenses de personnel.

En définitive, face à toutes ces difficultés et tous ces dilemmes, qu'ils s'appréhendent en termes de coûts, de surcharge de travail, ou d'aides internationales, il importe de mettre en place des stratégies alternatives en décentralisant les lieux de soins et en développant autant que possible les soins à domicile. Il importe aussi et surtout de systématiser partout des politiques d'approvisionnement et de distribution de « médicaments essentiels » afin de minimiser les coûts aussi bien pour les États que pour les populations. C'est peut-être à ce prix que l'épidémie du sida pourra susciter une refonte des systèmes de santé en Afrique.

ENQUÊTE SUR LE DEVENIR SOCIO-ÉCONOMIQUE DES ENFANTS ET FAMILLES
AFFECTÉS PAR LE SIDA DU CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

En Afrique, l'épidémie de sida s'inscrit dans un contexte général de fragilité économique, politique et sociale, qui rend le problème particulièrement préoccupant. Face à cette situation des actions spécifiques doivent être engagées rapidement pour soutenir dans leur vie quotidienne les personnes touchées par l'épidémie mais aussi leur entourage.

La mise en place de telles stratégies requiert une connaissance précise des conséquences de la maladie sur les conditions de vie des familles touchées et sur les mécanismes d'adaptation qu'elles développent. C'est dans ce but que le Centre international de l'enfance (CIE) réalise un programme de recherche multicentrique sur le devenir socio-économique des enfants et familles touchées par l'infection à VIH dans trois pays en développement dont deux pays africains le Burundi et la Côte d'Ivoire ¹.

Afin de respecter les règles d'éthique, les personnes enquêtées sont recrutées au sein d'établissement de soin. Ces malades, des adultes ayant au moins un enfant à charge, étaient déjà informés de leur statut et se trouvaient à un stade précoce de la maladie.

Ce programme repose sur une étude prospective en plusieurs phases. Une première phase de sélection de deux cents familles qui a permis d'établir une typologie de ces familles en huit profils familiaux, en fonction de critères relatifs au niveau d'instruction du malade, à son niveau d'intégration dans des réseaux familiaux ou communautaires et à son statut socio-économique.

Par la suite, cent vingt familles représentatives de ces différents profils familiaux sont suivies pendant un an à raison d'un passage tous les deux mois, afin de mesurer l'évolution des conditions de vie des malades et de leur entourage : évolution de la structure familiale, de l'activité économique du malade, de sa situation économique et financière et de celle de son ménage, de son intégration sociale, des divers recours aux soins, et des besoins ressentis par le malade et son entourage.

N. Bechu ², E. Chevallier ³, S. Delcroix ³, M. Kaddar ³

1. Cette étude est menée en collaboration dans les pays concernés avec différentes institutions (PNLS, Université...), ainsi que le Laboratoire d'économie sociale de l'université de Paris-I, l'Institut français pour la recherche scientifique et le développement en coopération (ORSTOM).

2. Laboratoire d'économie sociale de l'université de Paris-I.

3. Centre international de l'enfance, Paris.

La prévention : des coûts élevés ?

Compte tenu de la faiblesse des budgets de santé des pays africains, la prévention du sida, toutes actions confondues (des campagnes de diffusion du préservatif à la fourniture de « sang propre », voir *tableau 2*), est pour l'essentiel prise en charge par les intervenants extérieurs. De sorte que, même si les PNLS (Programmes nationaux de lutte contre le sida) sont censés être intégrés aux ministères nationaux de la Santé, ceux-ci ont une assez grande autonomie tant sur le plan organisationnel que sur le plan financier, au point parfois d'apparaître comme des structures plus « riches » que leurs institutions de rattachement. Il y a ainsi une forte disproportion entre les coûts globaux de la prévention et ceux alloués aux soins et à la prise en charge des personnes atteintes qui restent pour le moment encore de la responsabilité des États eux-mêmes (bien qu'une partie, mais une faible partie seulement, des budgets des PNLS soit consacrée à cette prise en charge). Cette répartition est exactement l'inverse de celle que l'on observe dans un pays comme la France où les soins et la prise en charge (auxquels s'ajoute la recherche) constituent de loin la part financière la plus importante comparée à celle destinée à la prévention (*figure 1*). Mais dans cette inversion on voit très bien que si en Afrique les intervenants extérieurs placent tous leurs efforts dans la prévention c'est largement parce que l'épidémie est en pleine expansion et qu'ils prévoient que la surmortalité due au sida aura de très lourdes conséquences pour le développement économique, par le biais des coûts indirects de l'épidémie tandis qu'en l'état actuel des connaissances aucun traitement, quel qu'en soit le coût, ne peut empêcher le décès précoce des sidéens. Malgré cela, les dépenses destinées aux programmes de prévention en Afrique ne représentent que 2,8 % du montant consacré à cette même prévention dans le monde entier [14] et restent notoirement en deçà du défi à relever..

Pour donner quelque idée de ces dépenses, les organisations internationales (OMS, IPPF, USAID, FNUAP...) ³ ont accompli un effort significatif en adaptant assez bien, dans un certain nombre de pays africains, les conditions et prix de vente des préservatifs au niveau de vie des populations. Dans le cadre du marketing social de la marque « Prudence » a été retenu le principe d'une diffusion par boîtes de quatre au prix variable en fonction des revenus moyens par pays. Ainsi en Côte d'Ivoire, cette boîte est vendue à 2 FF, tandis qu'au Burkina Faso, elle est distribuée à 1 FF (voir encadré p. 201).

3. OMS : Organisation mondiale de la santé.

IPPF : International Planned Parenthood Federation,

USAID : United States Agency for International Development,

FNUAP : Fond des Nations Unies pour les activités en matière de population.

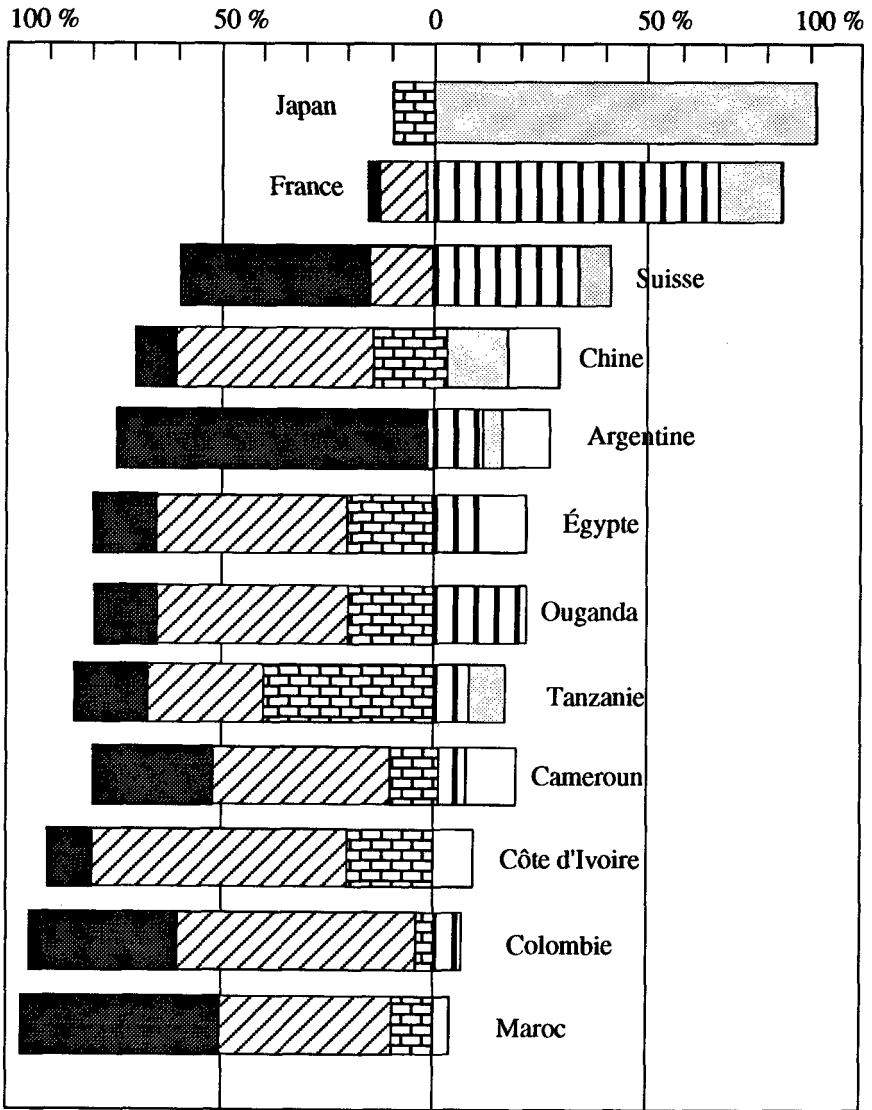
TABLEAU 2. — PARTS DES BUDGETS DES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE
 CONTRE LE SIDA ALLOUÉES POUR DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE SOINS ET DE
 PRÉVENTION DANS QUELQUES PAYS, 1990-91 (%)

Pays ¹	Source ²	Transmis. sexuelle	Drogue intra- veineuse	Sang propre	Mère à enfant	Soins	Ensemb. soins et prévent.
Amérique latine							
Mexique	R	37	0	46	5	12	100
Colombie	R	34	0	60	1	5	100
<i>Moyenne</i>		35,3	0	52,7	3,2	8,9	
Afrique sub-saharienne							
Côte d'Ivoire	R	82	0	18	0	0	100
Cameroun	E	53	0	40	0	7	100
Tanzanie	E	55	0	31	0	15	100
Éthiopie	E	40	0	60	0	0	100
Nigéria	E	51	0	24	0	24	100
<i>Moyenne</i>		70,2	0	43,4	0	11,4	
Sud-Est méditerranéen							
Égypte	R	64	0	21	0	14	100
Maroc	E	33	0	61	0	6	100
Pakistan	R	66	0	34	0	0	100
<i>Moyenne</i>		54,6	0	38,8	0	6,6	
Autres régions							
Thaïlande	R	17	0	79	0	4	100
Australie	R	28	11	8	0	53	100
Suède	R	75	14	0	0	11	100

1. Ces pays ont été sélectionnés, parmi les trente-huit pays enquêtés par *AIDS in the World*, en fonction de la complétude des données.
 2. R : rapport, E : estimation par les responsables du programme.

Source : *AIDS in the World*, 1992.

FIGURE 1. — RÉPARTITION DU BUDGET ANNUEL DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DANS DIFFÉRENTS PAYS, 1990-91



Prévention
 Qualité du sang
 Gestion
 Soin
 Recherche
 Autre

source : AIDS in the World, 1992, p. 310.

De même, les dépenses engagées pour obtenir du sang propre semblent être inférieures à celles pratiquées au Nord : au Zimbabwe, en Zambie, en Éthiopie, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, le coût d'une simple unité de sang varie de 30 à 50 \$ [45], tandis qu'il est estimé entre 70 et 100 \$ aux États-Unis. Cependant, cet écart du simple au double peut signifier une moindre qualité des produits sanguins fournis ; en tout état de cause, le coût de ces unités dépasse bien souvent le budget annuel de la santé par habitant, ce qui démontre une nouvelle fois que les États africains ne peuvent être que dépendants de l'aide internationale en matière de lutte contre le sida.

Les coûts indirects et les conséquences pour le développement économique

L'épidémie de sida n'affecte pas seulement les systèmes de santé mais aussi plus largement l'ensemble de la sphère économique, puisqu'elle menace directement les classes d'âge actives. Certes, ses effets macro-économiques en terme de réduction du potentiel productif et de baisse de la productivité du travail paraissent devoir être relativisés dans le contexte de sociétés africaines généralement caractérisées par des taux de chômage et de sous-emploi élevés. Cependant, l'épidémie a d'ores et déjà des effets économiques repérables tout à la fois au niveau des unités domestiques, de la production agricole et des entreprises, suscitant des ajustements et des réponses dont les incidences globales peuvent, à moyen et long terme, prendre une grande ampleur.

- *Conséquences sur les secteurs économiques.* — On a déjà évoqué les conséquences de l'arrivée du sida pour les unités domestiques. Elles sont de même nature pour la production agricole qui reste le secteur dominant des économies africaines. L'épidémie risque d'aggraver en maintes régions sa crise actuelle (baisse des cours des principaux produits d'exportation) en portant directement atteinte aux disponibilités de main-d'œuvre et en mettant en péril la sécurité alimentaire des populations comme c'est déjà le cas en Ouganda ou en Tanzanie.

Quant au secteur industriel, qui reste dans la plupart des pays africains peu développé par rapport au secteur agricole, mais constitue néanmoins pour certains pays une composante non négligeable, les problèmes de productivité et de disponibilité de la main-d'œuvre l'affectent bien évidemment ; cette question est souvent évoquée dans le cas particulier des mines d'Afrique centrale et australe [51]. Absentéisme des malades, baisse de rendement et de productivité et, finalement, perte de main-d'œuvre, gênent les entreprises, mais plus spécifiquement se pose aussi la question des personnels qualifiés touchés par la maladie et du coût de leur remplacement et de la désorganisation du travail.

Le sida affecte aussi le secteur tertiaire, composante importante des économies africaines où l'État est le premier employeur. En effet, contrairement aux tendances observées pour d'autres maladies, le sida ne touche pas seulement les populations les moins instruites et les classes sociales les plus défavorisées, loin s'en faut. Des études menées dans trois pays (Rwanda, Zaïre et Tanzanie) ont montré une corrélation positive entre les taux de séroprévalence et les niveaux d'instruction, de revenu et le type d'emploi des conjoints [53]. « Maladie des élites », le sida affecte donc directement les sphères de décision des pays concernés.

Enfin le système éducatif, plus particulièrement, se trouve remis en cause sur trois versants différents. D'une part, le décès d'individus ayant reçu une qualification professionnelle ou scolaire élevée tend à faire apparaître la formation comme un investissement en pure perte pour les familles, les entreprises mais aussi les États qui y ont contribué, ce qui remet notamment en cause le système éducatif. D'autre part, le fonctionnement du système lui-même, ainsi que sa qualité, peuvent être directement compromis par la maladie et le décès des étudiants et professeurs comme cela a été constaté en Tanzanie [74]. Et finalement, comme on l'a déjà vu plus haut, le mouvement de déscolarisation des enfants dû à la crise économique pourra se trouver amplifié du fait des nouvelles difficultés rencontrées par les familles touchées par le sida : comme le montre une étude ougandaise, non seulement le recours à la main-d'œuvre infantile réduit le temps de présence des enfants à l'école, mais la réduction des dépenses d'éducation consenties par ces familles est elle-même sensible [49].

• *Une lourde charge pour les familles.* — En effet, le sida représente une charge financière très lourde pour les ménages, les conduisant à restreindre leur épargne et à compresser d'autres dépenses (alimentation, éducation, habillement, etc.), d'autant que mise à part une frange limitée de la population, celle des salariés, ils ne peuvent compter sur aucun système de couverture sociale (la prise en charge mutualiste étant elle-même peu développée). Rappelons en outre que les coûts générés par la maladie doivent être supportés par des ménages dont le potentiel actif est lui-même souvent atteint et dans un contexte économique global où les revenus, du moins dans certains pays ou secteurs, ont déjà subi une érosion considérable.

Le coût des soins et médicaments est souvent très onéreux pour les familles, obligées d'assumer certaines dépenses qui devraient être prises en charge par l'État (petit matériel nécessaire aux soins, médicaments...). Au Zaïre, Davachi et *al.* [19] ont estimé que le coût d'hospitalisation d'un enfant séropositif équivaut en moyenne à trois fois le salaire mensuel de son père. Et l'ampleur que revêt une telle charge ne peut qu'être singulièrement accrue lorsque les personnes atteintes sont celles sur lesquelles reposent l'autonomie financière des ménages.

Au coût du traitement lui-même s'ajoutent en outre des frais annexes, notamment ceux liés aux déplacements du malade (et bien souvent d'une ou plusieurs personnes de son entourage) pour accéder aux centres de soins, parfois très éloignés du fait de la faible densité médicale dans certains pays. Il faut aussi compter, parmi les frais générés par le sida, ceux liés aux funérailles qui constituent un poste de dépenses très lourd pour les budgets des familles et de la communauté : au Zaïre, elles dépassent celles imputables aux traitements de la maladie. Barnett et Blaikie mentionnent qu'à Buganda la fréquence des cérémonies funéraires et les coûts qu'elles représentent, en temps et argent, a provoqué des changements dans les pratiques funéraires qui deviennent moins contraignantes pour les populations [8].

CONCLUSION : NUANCER NÉANMOINS LE CATASTROPHISME AMBIANT

A tous points de vue, le contexte général du continent africain, la faiblesse des États en matière de santé publique et tout particulièrement de prise en charge du sida, et bien sûr les possibles conséquences de l'épidémie, le tableau de la situation est dramatique et les perspectives pour les années à venir le sont encore davantage. Si l'on suit, du reste, certains auteurs, la seule notion, semble-t-il, adéquate pour définir cette situation est celle de « désastre » [8], global et multidimensionnel atteignant tous les aspects de la vie collective.

Il nous semble cependant utile d'apporter quelques correctifs à ce sombre tableau, de nuancer cette notion de désastre qui abonde dans le sens du discours catastrophiste, trop souvent véhiculé par les médias, et dont on peut se demander s'il ne produit pas lui-même des effets néfastes ou contre-productifs, notamment en matière de prévention.

Il faut d'abord souligner quelques éléments positifs. Les États africains, après une période de dénégation (refus de déclarer le nombre de personnes atteintes à l'OMS), reconnaissent aujourd'hui la situation épidémiologique à travers la création des PNLS et la multiplication des messages de prévention. Certes, la pression et l'aide internationales y sont pour beaucoup, mais on peut observer ici et là des initiatives ou des mobilisations locales qu'atteste notamment la production de messages originaux, au travers de la musique, du théâtre populaire, du film documentaire ou de fiction adapté aux contextes socioculturels, ainsi que des formes originales de promotion du préservatif.

Du côté des milieux médicaux occidentaux ou des intervenants extérieurs, on observe également quelques notables changements. Après s'être fixé sans preuves suffisantes sur l'origine africaine du sida, on s'est aperçu qu'une telle assignation avait entraîné des formes de rejet au point de

compromettre la nécessaire prise de conscience en Afrique de la gravité de l'épidémie et les campagnes d'information qui y étaient proposées. De la même façon, on a pu s'apercevoir qu'une certaine rhétorique concernant une « sexualité africaine » qui serait fondamentalement « débridée » ou « boulimique » [18] servait de repoussoir à cette prise de conscience et, depuis quelques temps, ce genre d'expression stéréotypée, du reste démentie par certaines enquêtes sur les comportements sexuels, n'est plus guère de mise. On admet d'ailleurs de plus en plus que l'épidémie de sida en Afrique résulte de multiples facteurs [57], parmi lesquels diverses pratiques (hospitalières, traditionnelles ou populaires) qui concourent à la transmission sanguine, et qu'il convient donc de les prendre autant en compte que les facteurs présidant à la transmission sexuelle.

Autre motif d'espoir rarement mentionné lorsqu'il est question du sida en Afrique et, surtout, quand on évoque le contexte général au sein duquel l'épidémie évolue : la crise économique s'accompagne dans bien des pays de « processus de démocratisation ». Certes, ces évolutions sont bien souvent chaotiques et restent suspendues, précisément, à la façon dont elles pourront œuvrer à la résolution de la crise et susciter les nécessaires dynamismes au développement, mais elles sont malgré tout génératrices de nouveaux espaces publics qui peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre le sida. Les acteurs de ce combat, en particulier les intervenants extérieurs, ne sont pas encore assez attentifs au fait qu'il existe aujourd'hui un peu partout en Afrique des organes de critique et d'opposition aux pouvoirs en place, notamment des organes de presse, qui pourraient relayer les messages d'information et de prévention ou, mieux encore, provoquer des débats publics autour du sida et plus largement des problèmes de santé et de prévention leur conférant ainsi la dimension d'affaires réellement nationales.

La question, par exemple, du manque de relations entre les actions de « Planning familial » et celles concernant la lutte contre le sida, nous paraît typiquement de celles qui devraient surgir de ces débats publics, ne serait-ce que pour corriger les maladresses et dissiper les malentendus au sujet d'une démographie africaine « galopante » (qui paraît trop souvent terroriser certains milieux occidentaux) et d'un sida dont certains disent qu'il va décimer des régions entières d'Afrique. En d'autres termes, pour éviter que la diffusion du préservatif soit prise dans des enjeux idéologiques, c'est-à-dire uniquement perçue comme une protection contre une future et menaçante surpopulation africaine, il est nécessaire qu'il y ait débat et clarification au sein de ces nouveaux espaces publics.

Ce serait sans doute la meilleure façon de parer aux excès du discours catastrophiste sur l'épidémie de sida en Afrique ; excès qui en rejoignent du reste bien d'autres tendant à faire accroire qu'une « malédiction » semble frapper le continent africain [12].

Sans vouloir minimiser en rien le drame que représente et que représentera surtout dans les années à venir le sida, notamment par ses conséquences socio-économiques ici examinées, il convient de souligner le caractère très disparate de la situation épidémiologique actuelle. De nombreux pays africains sont encore peu touchés, même si l'on peut toujours craindre qu'ils le soient bientôt. Qui plus est, dans un pays comme le Zaïre, ou plutôt sa capitale, Kinshasa, l'épidémie semble s'être stabilisée à un taux de prévalence voisin de 8 %. On peut sans doute imputer cette stabilisation à une évolution naturelle de l'épidémie (la mortalité due au sida et aux difficultés de sa prise en charge provoquant une stagnation du « virus en circulation »), mais on peut tout aussi bien penser (les deux points de vue n'étant d'ailleurs pas exclusifs) qu'elle est le résultat d'un usage accru des préservatifs ou de changements significatifs dans les comportements sexuels ou les pratiques hospitalières (transfusions et injections). A cet égard, il faut rappeler que le phénomène est plus général et que, dans beaucoup de pays, avec la marque « Prudence » d'un prix somme toute abordable par le plus grand nombre la vente des préservatifs a singulièrement augmenté.

Face à tous ces faits précis, le catastrophisme est une caricature qui risque de tourner en dérision les fragiles espoirs de vaincre l'épidémie. Trop prompt à grossir les chiffres (comme en Côte d'Ivoire où, bien que les estimations vraisemblables de 500 000 séropositifs sur une population de 12 millions d'habitants prennent déjà la dimension d'un drame national, il a été dit que ce chiffre était largement sous-évalué), le « catastrophisme » laisse entendre implicitement que les campagnes d'information et de prévention sont vouées à l'échec ou que les Africains seront incapables de réagir à la menace du sida ; ce qui ne peut, nous semble-t-il, n'avoir que des effets pervers, c'est-à-dire provoquer un climat général de découragement, voire de rejet des actions entreprises pour lutter contre l'épidémie. L'attitude la plus raisonnable n'est-elle pas, au contraire, de faire savoir dans les pays, auprès notamment des organes de presse, que la prévention progresse au sein des populations africaines, et par conséquent que celles-ci ne sont pas nécessairement promises à un funeste destin ?

Références bibliographiques

- [1] AINSWORTH M., OVER M., *The Economic Impacts of Aids : Shocks Response and Outcomes*, The World Bank, Africa Technical Department, Population, Health and Nutrition Division, Technical Working Paper n° 1, 1992, 41 p.
- [2] AKOTO E., TABUTIN D., « Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort » in Pison G., Van de Walle E. et Sala-Diakanda E. (Eds), *Mortalité et société en Afrique*, Travaux et Documents, Cahier n° 124, PUF, 1989, p. 35-63.
- [3] ANKRAH M.E., « Aids and the Social Side of Health », *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 9, 1991, p. 981-987.
- [4] ANTOINE P., DUBRESSON A., MANOU-SAVINA A., *Abidjan « côté cours »*, Karthala ORSTOM, 1987, 274 p.
- [5] ANTOINE P., GUILLAUME A., « Une expression de la solidarité familiale à Abidjan : enfants du couple et enfants confiés » in *Les familles d'aujourd'hui : démographie et évolution récente des comportements familiaux*, Colloque de Genève (17-20 septembre 1984), n° 2, AIDELF, Paris, 1986, p.289-297.
- [6] BAILEY D., MANN J. (Eds), *The Global Impact of Aids*, Alan R. Liss, New-York, 1988.
- [7] BANQUE MONDIALE, *Rapport sur le développement dans le monde*, 1991.
- [8] BARNETT., BLAIKIE P., *Aids in Africa. Its Present and Future Impact*, Belhaven Press, Londres, 1992, 193 p.
- [9] BECKER C.M., « The Demo-economic Impact of the Aids Pandemic in Sub-saharan Africa », *World Development*, 18 (12), 1990, p. 1559-1619.
- [10] BITAH N., « Aspects économiques de la prise en charge du sida : exemples des centres antituberculeux d'Abidjan », Communication présentée au séminaire « Les sciences sociales face au sida », GIDIS-Ci, ORSTOM, CNLS, Bingerville, 15-17 mars 1993.
- [11] BLEDSOE C., « The Cultural Meaning on Aids and Condom for Heterosexual Relations in Africa : Recent Evidence from the Local Print Media », Communication au Séminaire de l'UIESP « Population Policy in Sub-saharian Africa : Drawing on International Experience », Kinshasa, 27 février - 2 mars 1989, 27 p.
- [12] BRUNET-JAILLY J. (Ed.), *Se soigner au Mali*, Karthala/Orstom, 1993.

- [13] CAHIERS D'ÉTUDES AFRICAINES, *La Malédiction*, 1992, p. 121-122.
- [14] CAMERON C., « The Cost of Aids Care and Prevention » in Mann J. et al. (Eds), *Aids in the World*, Harvard University Press, 1992, p. 477-509.
- [15] CAMERON C., TARANTOLA D., « The Cost of Aids in the World, 1990/1991 », Communication présentée à la VIII^e conférence internationale sur le sida et les MST, Amsterdam, 19-24 juillet 1992.
- [16] CARAEL M., « Women Vulnerability to STD/HIV in Sub-saharan Africa : an Increasing Evidence », Communication présentée au séminaire « Women and Demographic Change in Sub-saharan Africa », Commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la population, Dakar, 6-13 mars 1993.
- [17] CHEVALLIER E., 1992, « Devenir socio-économique des enfants et familles touchés par l'infection à VIH/sida dans les pays en développement », Centre international de l'enfance, Agence nationale de recherche sur le sida, document de synthèse du séminaire sur les aspects économiques de l'infection à VIH et du sida dans les pays en développement, Paris, p. 81-82.
- [18] CLUMÉK N., 1987, « L'épidémie sera à l'origine d'une mutation majeure de la société africaine », *Le Monde*, 28 Novembre 1987.
- [19] DAVACHY F., BAUDOUX P., NDOKO K., N'GALY B., MANN J., « The Economic Impact on Families of Children with Aids in Kinshasa, Zaire » in Fleming A.F., Carballo M., Fitz Simons D., Bailey M., Mann J. (Eds), *The Global Impact of Aids*, Alan R. Liss, New-York, 1988.
- [20] DE BRUYN M., « Women and Aids in Developing Countries », *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 3, 1992, p. 249-262.
- [21] DIARRA T., LE PALLEC A., « Révélations du sida à Bamako : le traitement de l'information (les instances d'information, les instances thérapeutiques et les jeunes citadins) », Communication présentée au séminaire « Les sciences sociales face au Sida », GIDIS-Ci, ORSTOM, CNLS, Bingerville, 15-17 mars 1993.
- [22] DOZON J.P., « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, numéro spécial « Anthropologie sociétés et santé », III, n° 3-4, 1985, p. 27-56.
- [23] DOZON J.P., « En Afrique, la famille à la croisée des chemins » in *Histoire de la famille*, T. 2, Ed. Armand Colin, 1986.
- [24] DOZON J.P., « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique Africaine*, n° 28, 1987.
- [25] DOZON J.P., FASSIN D., « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, VII, 1, 1989, p. 21-36.

[26] DROSIN J., BANAKPON., 1992, « Social Marketing of Condoms in Zaïre » in Mann J. *et al.*(Eds), *Aids in the World*, Harvard University Press, 1989, p. 401.

[27] FAIZANG S., « Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention » in iach P., Bon P., Deschamps J.P. (Eds), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Presses Universitaires de Nancy, 1992.

[28] FASSIN E., FASSIN D., « Les thérapeutiques "traditionnelles" au Sénégal », *Cahiers d'Études Africaines*, XXVIII (2), 110, 1988, p. 207-231.

[29] FLORI Y.A., KADDAR M., « Suivi et évaluation des programmes de lutte contre le sida dans les pays en développement en référence aux autres programmes de santé », Centre international de l'enfance, Agence nationale de recherche sur le sida, document de synthèse du séminaire sur les aspects économiques de l'infection à VIH et du sida dans les pays en développement, Paris, 1992, p. 37-43.

[30] FOSTER S., LUCAS S., *Socioeconomic Aspects of HIV and Aids in Developing Countries. A Review and Annotated Bibliography*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, 1991, 116 p.

[31] FOSTER S.D., « Affordable Clinical Care for HIV Related Illness in Developing Countries », *Tropical Diseases Bulletin*, 87 (11), 1990, p. 121-129.

[32] GILLEPSIE S., « Potential Impact of Aids on Farming Systems : a Case Study from Rwanda », *Land Use Policy*, 4, 1989, p. 301-312.

[33] GRIFFITHS A., « Implications of the Medical and Scientific Aspects of HIV and Aids for Economic Ressourcing » in Fleming A.F., Carballo M., Fitz Simons D., Bailey M., Mann J. (Eds), *The Global Impact of Aids*, Alan R. Liss, New-York, 1988.

[34] GRUESNAIS M.E., Communication présentée au séminaire « Les sciences sociales face au sida », GIDIS-Ci, ORSTOM, CNLS, Bingerville, 15-17 mars 1993.

[35] GUILLAUME A., « Problèmes méthodologiques liés à la réalisation d'enquêtes sur le sida », Séminaire-atelier Centre international de l'enfance (CIE), Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), Aspects économiques de l'infection à VIH et du sida dans les pays en développement, Paris, 17-18 septembre 1991, 14 p.

[36] HASSIG S.E., PERRIENS J., BAENDE E., KAHOTWA M., KINKELA N., KAPITAB., « An Analysis of the Economic Impact of HIV Infection Among Patients at Mama Yemo Hospital », Kinshasa, Zaïre, *Aids*, 4, 1990, p. 883-887.

[37] HUNTER S., « Orphans as a Window on the Aids Epidemic in Sub-saharan Africa : Initial Results and Implications of a Study in Uganda », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 6, 1990, p. 681-690.

[38] JAGER H *et al.*, *Prevention of Transfusion Associated HIV Transmission in Kinshasa/Zaïre*, Unpublished Manuscript (Kinshasa : GTZ), 1989.

[39] KADDAR M., « L'impact économique de l'infection à VIH et du sida de la femme et de l'enfant » in *Sida, enfant, famille*, Centre international de l'enfance, Paris, 1990, p. 207-243.

[40] KADDAR M., BECHUN, « Mesure des coûts directs du sida dans les pays en développement », Centre international de l'enfance, Agence nationale de recherche sur le sida, document de synthèse du séminaire sur les aspects économiques de l'infection à VIH et du sida dans les pays en développement, Paris, 1992, p. 55-64.

[41] LAMBERT D.C., *Le coût mondial du sida 1980-2000*, CNRS Ed, 1992.

[42] LEVY-BRUHL D., GUERIN N., *Acceptabilité des vaccinations*, CIE, groupe de travail, Bobo Doilasso, 10-11 septembre 1990, synthèse CIE, 43 p.

[43] LLOYD G., « HIV-Infection, Aids and Family Disruption » in Fleming A.F., Carballo M., Fitz Simons D., Bailey M., Mann J. (Eds), *The Global Impact of Aids*, Alan R. Liss, New-York, 1988, p. 183-190.

[44] LOCOH T., *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional contemporain*, INED, Paris, Travaux et documents, Cahier n° 107, 1984, 182 p.

[45] MANN J., TARANTOLA D.J.M., NETTER T.W. (Eds), *Aids in the World. A Global Report*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, and London England, 1992, 1037 p.

[46] MANN J.M. *et al.*, « Human Immunodeficiency Virus Seroprevalence in Pediatric Patients 2 and 14 Months of Age at Mama Memo Hospital, Kinshasa, Zaire », *Pediatrics*, 78, 4, 1986, p. 673-677.

[47] MARIE A., *Espace, structures et pratiques sociales à Lomé*, texte ronéo, 1984.

[48] MILLER N., CARBALLO M., « Aids : a Disease of Development ? ». *Aids and Society*, vol 1, n° 1, oct. 1989.

[49] MULLER O., AABAS N., « The Impact of Aids Mortality on Children's Education in Kampala, Uganda », *Aids Care*, n° 2, 1, 1990, p. 77-80.

[50] NATIONS UNIES, *Condition de la femme et population. Le cas de l'Afrique francophone*, Publié pour les Nations Unies par le CEPED avec la collaboration du FNUAP et de l'URD, Paris, 1992, 116 p.

[51] NKOWANE B.M., « The Impact of Human Immunodeficiency Virus Infection and Aids on a Primary Industry : Mining (a Case Study of Zambia) » in Fleming A.F., Carballo M., Fitz Simons D., Bailey M., Mann J. (Eds), *The Global Impact of Aids*, Alan R. Liss, New-York, 1988, p. 155-160.

[52] OVER M., PIOT P., « HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases » in Jamison D.T, Mosley W.H. (Eds), *The World Bank Health Sectors Priorities Review*, White Cover Report, World Bank., 1990.

[53] OVER M.A., *The Macro-economic Impact of Aids in Sub-saharan Africa*, The World Bank, Africa Technical Department, Population, Health and Nutrition Division, Technical Working Paper, n° 3, 1992.

[54] OVER M.A., « The Direct and Indirect Costs of HIV Infection in Developing Countries : the Cases of Zaire and Tanzania » in Fleming A.F., Carballo M., Fitz Simons D., Bailey M., Mann J. (Eds), *The Global Impact of Aids*, Alan R. Liss, New-York, 1988, p. 123-135.

[55] PACKARD R.M. ET EPSTEIN P., « Epidemiologists, Social Scientists and the Structure of Medical Research on Aids in Africa », *Social Sciences and Medicine*, vol. 33, n° 7, 1991, p. 771-794.

[56] PALLONI A., JU LEE Y., « Aspects du contexte social de l'infection par le VIH et effets de la maladie sur les femmes, les enfants et les familles », *Bulletin démographique des Nations Unies*, n° 33, 1992, p. 78-106.

[57] PIOT P. et al., « Aids in Africa: the First Decade and Challenges for the 1990s », *Aids*, 5 (suppl. 1) : S1-S5, 1991.

[58] PREBLE E.A., « Impact of HIV/AIDS on African Children », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 6, 1990, p. 671-680.

[59] RADCLIFFE BROWN A.R., Forde D., *Systèmes familiaux et matrimoniaux en Afrique Noire*, PUF, Paris, 1953.

[60] RETEL-LAURENTIN A., *Infécondité en Afrique Noire. Maladies et conséquences sociales*, Masson, Paris, 1971.

[61] RYDERR.W., PIOT P., « Epidemiology of HIV-1 Infection in Africa » in Mann J. et Piot P. (Eds), *Aids and HIV Infection in the Tropics*, Baillière-Tyndall, Londres, 1988.

[62] SCITOVSKY A., RICE D.P., « Estimates of the Direct and Indirect Costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986, and 1991 », *Public Health Report*, vol. 102, n° 1, 1985, p. 5-17.

[63] STONE D., KALLEEBA N., « Les services de conseil et la lutte contre le sida » in Lamptey P. et Piot P. (Eds), *Manuel de Prévention du sida en Afrique*, Family Health International, 1991.

[64] TOURE A., *Les petits métiers à Abidjan*, Karthala, 1985.

[65] ULIN P., « African Women and Aids : Negotiating Behavioral Change », *Social Science and Medicine*, Vol. 34, n° 1, 1992, p. 63-73.

[66] UNICEF, *Les enfants et le sida, un désastre imminent. Les répercussions croissantes de l'infection par le VIH sur les femmes, les enfants et la vie familiale dans le monde en développement*, UNICEF, New-York, 1990, 24 p.

[67] VALLIN J., « Théories de la baisse de la mortalité et situation africaine » in Pison G., Van de Walle E. et Sala-Diakanda E. (Eds), *Mortalité et société en Afrique*, Travaux et Documents, Cahier n° 124, PUF, 1989, p. 399-431.

[68] VIDAL L., « Sida et représentations de la maladie. Éléments de réflexion sur la séropositivité du tuberculeux et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire) » in Gruesnais M.E. et Dozon J.P. (Eds), *Anthropologie et santé publique, Cahiers des sciences humaines*, ORSTOM, vol. 28, 1, Paris, 1992, p. 83-98.

[69] VIDAL L., « Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du sida : les expériences des séropositifs des centres antituberculeux d'Abidjan », Communication présentée au séminaire « Les sciences sociales face au sida », GIDIS-Ci, ORSTOM, CNLS, Bingerville, 15-17 mars 1993.

[70] VIMARD P., GUILLAUME A., « Mobilités familiale et spatiale des enfants en Côte d'Ivoire » in *Migration, changements sociaux et développement. III^e Journées démographiques de l'ORSTOM*, Collection Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris 1990, p. 243-260.

[71] VIMARD P., N'CHO S., « Les noyaux familiaux en Côte d'Ivoire : structures et probabilités de transition » in *Congrès Africain de la Population*, Dakar, UIESP, Liège, Vol 2, p. 5.2.59-75.

[72] WILLIAMSON N., BOOHENE E., « La prévention du sida dans les programmes de planification familiale » in Lamptey P. et Piot P. (Eds), *Manuel de Prévention du Sida en Afrique*, Family Health International, 1991.

[73] WORLD BANK, *Sub-Saharan Africa. From Crisis to Sustainable Growth*, Washington, DC : The World Bank, 1989.

[74] WORLD BANK, *A World Bank Country Study, Tanzania. Aids Assesment and Planning Study*, The World Bank, Washingtown, D.C., 1992, 161 p.

Populations africaines et sida



Sous la direction
de JACQUES VALLIN

BERTRAN AUVERT
NICOLAS BROUARD
FRANÇOIS CHIÈZE
JEAN-PIERRE DOZON
AGNÈS GUILLAUME



LA DÉCOUVERTE/CEPED