

Des appropriations sociales et culturelles du sida à sa nécessaire appropriation politique : quelques éléments de synthèse

Jean-Pierre DOZON

Mises en causes et mises en sens du sida : jeux croisés des points de vue externe et interne

Une des principales contributions qu'attendent des sciences sociales les sciences biomédicales et les programmes nationaux de lutte concerne le vaste sujet des causes et des ressorts de la dynamique du sida en Afrique. Vaste sujet et légitime attente puisqu'à n'en point douter de multiples facteurs socioculturels et économiques président à la croissance exponentielle de l'infection par le VIH et à sa transmission majoritairement hétérosexuelle, et cela au point de faire dire à certains représentants des sciences biomédicales qu'ils agissent comme des "cofacteurs", le social et le biologique démultipliant ensemble leurs funestes effets.

Dans cette perspective, il est fréquemment admis que dans l'ordre des facteurs de risque, certains facteurs proprement culturels, en l'occurrence certaines règles sociales traditionnelles comme la polygynie, le lévirat, le sororat (qui renvoient toutes au statut dominé de la femme africaine) joueraient un rôle important dans la diffusion du VIH, cet ensemble étant toutefois tempéré par d'autres "coutumes", comme les interdits sexuels post-partum ou la circoncision qui, inversement, pourraient la freiner (Caldwell et Caldwell 1993). On ne saurait dire que les communications qui ont précisément traité de tels facteurs aient véritablement corroboré ce point de vue courant. A propos de nombre de ces règles ou de ces coutumes, y compris celles présumées servir de frein, des études de cas plus nuancées, voire contraires, ont été proposées qui rendent lesdits facteurs culturels passablement incertains quant à leur fonction explicative dans l'épidémiologie du sida. A tout le moins paraissent-ils devoir y jouer un rôle probable mais très variable, dépendant lui-même d'autres facteurs non proprement culturels, c'est-à-dire qui ressortissent à la diversité des contextes sanitaires et sociaux (Mann et Tarantola 1996 ; Raynaud 1997).

Outre cette focalisation sur les traditions africaines qui, au delà d'un culturalisme sommaire, appelle à l'évidence une élucidation plus tangible des facteurs de risque et de leur enchaînement (Packard et

Epstein 1991), nombre de communications du colloque de Sali ont plus ou moins conforté le point de vue suivant lequel les changements fréquemment chaotiques de l'Afrique contemporaine sont particulièrement propices à la diffusion du VIH. Dérégulations des ordres sociaux et familiaux anciens, processus conjoints d'urbanisation rapide et de paupérisation, crises économiques et politiques, autant de phénomènes qui génèrent des stratégies de survie, notamment au sein d'une population grandissante de jeunes où se multiplient diverses formes de "délinquance" et de "prostitution", et qui se traduisent souvent par d'importants mouvements migratoires ou d'intenses mobilités humaines.

Finalement, tout se passe comme si l'expansion de l'épidémie sidéenne en Afrique ressortissait à un processus cumulatif de facteurs, c'est-à-dire un processus par lequel la tradition et la modernité, dans leurs croisements et tensions multiples, faciliteraient la diffusion rapide du VIH. En d'autres termes, elle résulterait de connexions ou de perméabilités particulièrement fortes entre les divers groupes, catégories sociales, types de populations qui composent la trame des sociétés africaines contemporaines : entre la ville et la campagne, entre les pauvres et ceux qui le sont moins, entre les jeunes et les moins jeunes — notamment entre les jeunes filles et les hommes d'âge mur (Brouard 1994) —, entre les migrants et les sédentaires (Painter 1994). Autant de connexions donc qui produiraient une fluidité globale des rapports sociaux et dont profiterait, si l'on peut dire, le VIH.

D'une certaine façon, on pourrait affirmer qu'en mettant ainsi en lumière la multiplicité des facteurs culturels, sociaux, économiques, et tout particulièrement leurs connexions ou leurs enchaînements, notamment sous forme de systèmes d'échanges sexuels (ou de réseaux sexuels) qui en seraient la manifestation exemplaire par le fait de mettre en relations des personnes appartenant à des groupes distincts, les sciences sociales participent effectivement à l'intelligibilité objective, quasi-épidémiologique de la diffusion du VIH, à ce qu'on pourrait appeler sa "mise en causes". Nombre de communications du colloque sont allées incontestablement et à juste titre dans cette direction.

Reste cependant qu'en dépit de cette "mise en causes" utile et propice au travail interdisciplinaire avec les sciences biomédicales, d'importantes interrogations ou réserves subsistent, lesquelles ont été tout particulièrement formulées par les démographes lors du colloque. Ceux-ci ont en effet exprimé avec force qu'actuellement on dispose d'éléments encore nettement insuffisants pour expliquer la dynamique de l'épidémie et pour évaluer son impact, notamment sur l'évolution de la mortalité et de la fécondité en Afrique. Certes, cela fut affirmé en la quasi-absence d'épidémiologistes qui ont peut-être, sur ce point essentiel, un point de vue différent. Mais on ne peut, semble-t-il, qu'apporter un certain crédit au propos des démographes compte tenu de l'hétérogénéité des situations épidémiques du sida en Afrique. Cette hétérogénéité (Amat-Roze 1993) relativise en effet le schéma explicatif de l'expansion du sida en terme de cumul de facteurs sociologiques et économiques puisque, tout en étant commun à de nombreuses régions et à de nombreux pays, il paraît se traduire pour l'heure par une

grande diversité des taux de séroprévalence qui, du même coup, en atténue la validité (Tarantola *et al.* 1997).

Ne serait-ce pas, malgré l'apport des sciences sociales, que l'épidémiologie du sida en Afrique est encore bien davantage descriptive qu'explicative ? Ne faut-il pas concevoir que d'autres facteurs, plus "naturels", d'ordre pathologique, biologique, voire génétique, président aussi à la diffusion du VIH ? Et, bien qu'on puisse espérer des analyses plus probantes qui viendront d'études mieux circonscrites — comme celles portant sur les réseaux sexuels —, ne doit-on pas constater pour le moment un net hiatus entre ce qu'il faut bien appeler un trop-plein de facteurs ou de "causes" possibles et une insuffisance d'explications réellement tangibles ?

À l'évidence, quels que puissent être leurs résultats présents et futurs, les sciences sociales ne peuvent pas répondre seules à de telles interrogations. Plus que tout autre thème relatif au sida, l'élucidation des facteurs présidant à la dynamique de l'épidémie en Afrique requiert la mise en œuvre de programmes de recherches résolument interdisciplinaires. Assurément difficile, quand on connaît par exemple les différences majeures de méthodologie entre l'épidémiologie et l'anthropologie, cette mise en œuvre est certainement conditionnée au rôle central ou médiateur que devrait y jouer la socio-démographie ; mais elle est en tout état de cause nécessaire si l'on veut démêler un peu mieux l'écheveau des facteurs en jeu et leur donner une valeur plus nettement explicative.

Une seconde contribution des sciences sociales en matière de recherche sur le sida en Afrique est généralement très attendue. Assez différente de la première qui se situait schématiquement en amont de l'épidémie, du côté de "causes" objectivables scientifiquement, celle-ci s'inscrit plutôt en aval, c'est-à-dire sur le terrain des modes d'appréhension de l'infection à VIH par les populations africaines. On voit ici très bien ce qui est vivement attendu des sciences sociales, notamment de la part des programmes nationaux de lutte, à savoir des évaluations concernant l'impact des campagnes d'information et de prévention. En fait, et le nombre de communications consacrées à cet important thème l'atteste, les sciences sociales, au premier chef la sociologie et l'anthropologie, paraissent sensiblement plus à l'aise pour le prendre à leur compte que pour entrer dans la complexité des facteurs épidémiologiquement explicatifs du sida. On est même assez tenté de dire qu'elles sont d'autant plus promptes à s'en saisir que leurs études outrepassent généralement le cadre d'une simple évaluation, mettant en avant le fait que le "phénomène sida" donne lieu à diverses constructions sociales qui ne résultent pas mécaniquement des campagnes sanitaires officielles. Ici encore du reste, on pourrait parler de cumul, mais d'un cumul qui concerne non point, comme précédemment, des facteurs tels que l'épidémiologie souhaiterait les identifier de concert avec les sciences sociales, mais de multiples productions de sens émanant de contextes sociaux particuliers. Que la sociologie et surtout l'anthropologie soient dans cette affaire assez à l'aise, au point d'apparaître parfois quelque peu complaisantes, n'a rien pour surprendre : au travers du "phénomène sida" elles étudient leurs objets de prédi-

lection, à savoir les logiques qui président à l'ordonnement et à la transformation des institutions et des représentations sociales.

Mais ce qui pourrait signifier un excès de banalisation, ou un désintérêt pour les problèmes spécifiques posés par le sida, veut dire en fait que celui-ci, notamment parce qu'il affecte le lien social et métamorphose des substances de vie (sang, sperme, lait) en vecteurs de mort, travaille en profondeur les sociétés africaines (Héritier 1992). Il s'agit là d'un constat sans doute assez élémentaire, mais qu'il fallait que ces disciplines, qui revendiquent la connaissance et la pratique du terrain, énoncent avec force, ne serait-ce que pour démentir toute vision d'une Afrique insouciant des méfaits de l'épidémie. Elles l'ont tout particulièrement fait à l'occasion de ce colloque en y ajoutant un point essentiel, en l'occurrence que les messages d'information et de prévention sont d'une certaine façon passés, y compris parfois dans des régions reculées ou qui connaissent des faibles taux de séroprevalence. Dire cela constitue à certains égards un premier niveau d'évaluation, c'est-à-dire que quantité d'Africains peuvent restituer tout ou partie des "messages" relatifs aux modes de transmission, au préventif, etc., et en tirer certaines conséquences pratiques sur le plan de la prévention. Mais ce premier niveau est à l'évidence insuffisant ; car s'il y a eu passage de l'information et s'il convient assurément de l'amplifier, celle-ci ne laisse pas d'être prise dans des réseaux de significations émanant des sociétés africaines elles-mêmes, notamment de certains de leurs acteurs — tels les tradithérapeutes et les institutions religieuses — qui sont amenés à être confrontés aux personnes atteintes et à prendre peu ou prou position sur le sida (Gruénais 1994). Ces significations, ou ce qu'on pourrait appeler ces "mises en sens", sont d'autant plus foisonnantes qu'elles se nourrissent d'une affection singulièrement complexe comme l'indiquent ses trois modes de transmission — parmi lesquelles la transmission materno-fœtale se révèle particulièrement complexe (Vidal 1998) —, la notion de séropositivité asymptomatique, ses divers tableaux cliniques, un pronostic mortel qui renvoie à une médecine localement impuissante, ou encore l'objet préconisé pour s'en protéger qui peut servir aussi de moyen contraceptif. De sorte qu'elles sont également à leur manière des "mises en causes" qui peuvent tantôt recouper certains facteurs mis en avant pour expliquer l'expansion de l'épidémie, tantôt leur être étrangères, ou encore qui peuvent signifier plus littéralement une contestation des explications et des messages officiels, proposant par exemple une autre version des "raisons" de l'épidémie ou des façons différentes de s'en prémunir.

A cet égard, trois grands types de "mises en sens" ou de "mises en causes", non exclusifs les uns des autres — qu'on pourrait qualifier d'internes ou d'émiques pour les distinguer de celles qui ressortissent à une explication scientifique de l'épidémie —, se sont assez nettement dégagés.

Le premier type est celui où le sida est aligné sur des catégories nosologiques et étiologiques locales. Il s'agit là de traitements proprement culturels, tout à la fois intellectuels et pratiques, par lesquels

l'infection à VIH est en quelque sorte délestée de son caractère nouveau, inédit, et *a fortiori* de sa définition biomédicale, pour être rabattue sur des taxinomies traditionnelles toujours en vigueur, celles-ci engageant une lecture aussi bien par les symptômes (comme celui de la maigreur ou ceux qui indiquent une maladie persistante) que par les causes, dont les agressions en sorcellerie constituent un modèle privilégié (Deluz 1998). En fait, ces "traitements" s'inspirent assez souvent de certaines informations ressortissant au "sida biomédical", comme celles qui indiquent que celui-ci n'est pas guérissable par la médecine moderne, renvoyant du même coup à des affections que les tradithérapeutes ont toujours eu des difficultés à soigner, ou celles qui, parlant de maladie sexuellement transmissible, font sens avec le registre des interdits et des transgressions, notamment avec l'adultère.

Le second type regroupe des interprétations du sida qui s'ajustent aux transformations des sociétés africaines, particulièrement à leurs lignes de tension, voire à leurs lignes de fracture. Ici, le sida est effectivement perçu comme une maladie nouvelle, mais sa nouveauté est conçue et interprétée comme étant précisément la résultante des multiples désordres et dérèglements qui affectent les relations sociales, notamment les relations entre les sexes et les générations (Seidel 1993). Ce type se construit autour d'un certain modèle de la "contagiosité" du sida en ce qu'il associe l'idée de contamination à la perte accélérée et mimétique des normes et valeurs traditionnelles ou à la multiplication sans frein des conflits intrafamiliaux et intergénérationnels. A certains égards, il recoupe certaines explications épidémiologiques de l'infection à VIH en Afrique dont on a vu qu'elles faisaient des déséquilibres sociaux, avec leur cortège de prostitution et de délinquance, des facteurs ou des "cofacteurs" non biologiques de sa transmission. Mais en étant ainsi considéré par les acteurs eux-mêmes comme une "maladie du désordre", le sida est doté d'une puissance métaphorique — c'est-à-dire d'une capacité à ramasser sur son nom des problèmes qui se jouent sur une toute autre scène que biologique et sanitaire —, qui en appelle à des mesures et à des protections nettement différentes de celles que préconisent les programmes d'information et de prévention ; et, sous ce rapport, ce second type d'interprétations recoupe fréquemment le premier en rattachant le sida à une autre figure du désordre, celle des agressions et des causalités sorcellaires qui, à l'image de l'infection à VIH, prolifèrent le long des lignes de fracture des rapports sociaux et d'une modernité chaotique et peuvent tout autant qu'elle se formuler en terme d'épidémie.

Un troisième type d'interprétations met en cause diverses constructions de l'altérité ou, plus précisément, des rapports du soi à l'autre ; celui-ci peut prendre la forme de l'étranger proche, de l'allogène venu d'une région voisine ou, plus largement du migrant et de l'individu mobile qui, par rapport au sida, constitue une possibilité de menace pour les populations autochtones ou sédentaires mais, parfois aussi, pour sa propre société d'origine dont il devient un élément sinon étranger du moins suspect. Un tel type, ici encore, recoupe certaines explications épidémiologiques qui font des migrations et de la mobilité

des gens l'un des principaux facteurs sociologiques de la diffusion du VIH en Afrique. Et s'il les recoupe, c'est peut-être parce que ces constructions de l'altérité se sont à leur manière appropriées le discours épidémiologique, mais c'est plus sûrement parce qu'elles ont "durci" des représentations qui étaient déjà là, concentrant et déplaçant sur le sida et sa propagation des enjeux et des tensions avec l'étranger ou le migrant qui se jouaient sur d'autres scènes qu'épidémiologique ou sanitaire. Toutes choses qui peuvent avoir des implications sociopolitiques délicates, mais qui, en conduisant à des pratiques d'évitement de l'étranger au nom d'une certaine prévention, sont plus généralement susceptibles de laisser croire que les milieux autochtones en tant que tels ne sont aucunement concernés par le sida et par les moyens de s'en préserver.

Mais la figure de l'altérité c'est aussi celle de l'Européen, du "blanc", dont la médecine, proluxe en inventions, a donné le ou les noms à cette maladie nouvelle (séropositivité, VIH, sida, AIDS, etc.) et ne cesse de vouloir mobiliser contre elle en proposant le préservatif comme seule parade ou comme unique "médicament". C'est elle qui est perçue comme parlant au premier chef du sida, c'est elle — et le monde dont elle émane — d'où tout part (la "découverte" du sida, de ses modes de transmission, des groupes et des comportements à risque, du "sang contaminé", ainsi que l'aveu d'une impuissance durable à le guérir) et vers qui tout peut être rabattu. "Maladie des blancs", telle est donc aussi la métaphore tranchée par laquelle le sida met en scène et en cause une autre et imposante figure de l'altérité. Et bien qu'elle puisse s'entendre en un sens minimal comme l'attribution à ceux qui ont inventé le néologisme "sida" de tout ce qui se dit sur le plan médical et sanitaire à son sujet, cette métaphore signifie surtout que les blancs, au-delà des mots et des discours, pourraient être les vrais créateurs et propagateurs de l'épidémie. S'appuyant certainement sur quelque mécanisme sorcellaire, c'est-à-dire sur une manière d'imputer à l'autre ce dont on est soi-même victime ou accusé, elle se nourrit, en les inversant, des discours occidentaux relatifs au sida et à l'Afrique, particulièrement à ceux qui font du continent tout à la fois l'alpha et l'oméga de l'épidémie, son berceau et sa terre d'élection en forme de catastrophe humanitaire (Bibeau 1991 ; Dozon et Fassin 1989). Mais elle s'en nourrit d'autant mieux que d'autres discours occidentaux sur l'Afrique, notamment sur le plan économique et politique, paraissent orchestrer une stigmatisation plus générale ; c'est ce qu'évoque à sa façon cette autre métaphore du sida comme "maladie du développement" (Miller et Carballo 1989), mais qui se trouve ici précisément inversée en en imputant la responsabilité au monde développé. De sorte que cette formule, "maladie des blancs", peut prendre un tour plus "intellectualisé" et plus politique en s'étayant d'arguments qui mettent en relation objective le sida avec l'afro-pessimisme des Occidentaux et l'appel à l'usage du préservatif avec leur peur d'une explosion démographique du continent et leurs mesures draconiennes contre l'immigration (Dozon 1991).

**Les programmes de lutte contre le sida :
entre pragmatisme et volonté politique**

Finalement, l'ensemble de ces interprétations indique que le "phénomène sida" en Afrique déborde de toutes parts le champ médical et sanitaire auquel il est censé assez naturellement appartenir. Elles constituent des réponses éminemment sociales à un problème pathologique et épidémique qui, plus que tout autre, se laisse à l'évidence difficilement canaliser par ce qu'en disent les disciplines biomédicales et les programmes d'informations et de prévention. Non exclusives l'une de l'autre, interférant parfois entre elles, ces interprétations sont bien plutôt de l'ordre d'une production excessive de sens, d'un trop-plein, comme si le sida n'était pensable qu'en étant associé à la quasi-totalité des problèmes et des tensions qui agitent les sociétés africaines.

A ce compte, on pourrait dire qu'un tel trop-plein de sens est propice à entretenir une certaine confusion, à parasiter en quelque sorte les messages qui visent à enrayer l'épidémie ; et cela d'autant mieux qu'il laisse place en point d'orgue à tout un ensemble d'interrogations et de suspicions. D'où vient vraiment le sida ? Pourquoi la médecine propose-t-elle un moyen de protection qui empêche aussi de faire des enfants ? Pourquoi les médicaments du sida ne viennent-ils pas en Afrique ? Les préservatifs vendus ou donnés en Afrique sont-ils fiables ? Autant de questions émanant diversement des populations africaines (que reprennent du reste souvent à leur compte certains guérisseurs ou certaines institutions religieuses pour y répondre à leur manière et proposer d'autres "traitements" du sida) qui laissent entendre que les discours officiels sur le sida cachent des choses importantes ou qu'ils servent à d'autres fins que ce pour quoi ils sont conçus.

Face à cette quantité d'interprétations et d'interrogations, les sciences sociales, comme on peut le découvrir dans plusieurs communications, sont tout à fait dans leur élément pour expliquer plus précisément leurs raisons d'être, pour montrer comment une société, un groupe social, un contexte donné, invente des réponses tant intellectuelles que pratiques au problème du sida. Et ce que l'on pourrait croire assez éloigné des préoccupations des programmes de prévention, les sciences sociales paraissant n'avoir d'autre intérêt ici que de produire des connaissances sans souci d'application, leur est en fait fort proche.

En effet, ce qu'indiquent au premier chef ces diverses réponses, c'est qu'en Afrique le sida est devenu un fait social majeur et que, comme on l'a déjà dit, les campagnes d'informations et de prévention ont largement contribué à lui donner une telle dimension. Que les résultats de ces dernières ne soient pas exactement conformes à leurs objectifs, que les informations se mélangent à d'autres, nettement moins fiables, qu'elles soient éventuellement contestées pour justifier des attitudes de non-protection, n'empêche pas, au contraire, que le sida fait penser et réagir, qu'il intervient de plus en plus souvent dans les interactions sociales de la vie courante. D'une certaine façon donc, on peut affirmer sans détour que ces campagnes doivent se poursuivre, qu'elles doivent s'amplifier pour atteindre des populations encore sous-informées.

Cependant, il est tout aussi patent qu'elles ne peuvent se poursuivre et s'amplifier sans précisément tenir compte de cette "réalité" que constitue l'ensemble diversifié des interprétations et des réponses qui sont données au sida. Il leur faut donc trouver un nouveau régime d'intervention qui soit délesté de ce caractère trop rigide ou trop uniforme par lequel la délivrance des messages était conçue dans un rapport mécanique allant du savoir à l'ignorance. Plus exactement, il leur faut prendre un tour pragmatique, c'est-à-dire s'appuyer sur les "mises en sens" et les "mises en cause" qui sont contextuellement produites par les populations. Et cela, non point pour que les programmes de prévention leur donnent quelque légitimité, mais bien plutôt pour qu'ils instaurent un rapport dialogique avec elles. En d'autres termes, ces programmes pragmatiques consistent non seulement à enrichir et à diversifier les messages, mais à faire en sorte que ceux-ci comportent des réponses adaptées aux multiples constructions du "phénomène sida", instaurant ainsi autour de lui ce qu'on pourrait appeler des arènes publiques.

Par exemple en Côte-d'Ivoire, où je travaille sur la dynamique des médecines traditionnelles dans le contexte du sida, nombre de tradithérapeutes, et parfois des mouvements religieux de facture syncrétique (c'est-à-dire mélangeant des composantes des religions révélées comme le christianisme à des composantes des paganismes locaux), considèrent que la prévention par le préservatif pour les personnes atteintes n'est pas efficace (Dozon 1995). Ils proposent comme alternative un autre type de prévention qui consiste, d'une part à forclure pour ces personnes la référence à la séropositivité et au sida (qui équivalent selon eux à la mort), donc au préservatif, d'autre part à leur interdire, suivant une logique traditionnelle, tout rapport sexuel, de telle façon que la moindre infraction à cette injonction soit perçue par elles comme un risque majeur de mort. Nous sommes ici en présence d'un mode de prévention dont les ressorts essentiellement magico-religieux se distinguent assez nettement de ceux qui président à la prévention moderne, articulés à la science biomédicale et à la sollicitation du "consentement éclairé" de la population, notamment en ce qui concerne l'usage du préservatif. De prime abord, on pourrait considérer que les programmes de lutte contre le sida n'ont pas à prendre en compte ce mode alternatif de prévention puisque, pour les personnes concernées, il entretient la confusion sur ce dont ils sont atteints, et qu'il préconise une abstinence fort éloignée du consentement éclairé. Mais dans la mesure où il s'est constitué dans un rapport polémique avec les messages officiels de prévention en se plaçant précisément sur leur propre terrain, c'est-à-dire sur celui de l'efficacité, il paraît au contraire vivement souhaitable de proposer que des confrontations aient lieu. Plutôt que d'abandonner cette prévention alternative au monde des pratiques informelles, il convient que les autorités sanitaires en fassent état, discutent publiquement avec ses défenseurs ou ses propagateurs, non forcément pour les stigmatiser mais pour démontrer que l'usage du préservatif conserve dans tous les cas de figure une efficacité supérieure.

Dans un autre ordre d'idée, mais toujours sur le terrain d'une démarche résolument pragmatique, le colloque a abordé, croyons-nous fort heureusement, la question du préservatif féminin. Des enquêtes auprès de femmes (Le Palec 1995) ont en effet montré qu'elles étaient assez réceptives à cet autre objet de protection, voyant en lui un instrument plus adapté que le préservatif "usuel" pour négocier des rapports protégés avec leurs partenaires ainsi que la possibilité de l'employer aussi comme moyen de contraception. Sans doute ces enquêtes demanderaient à être corroborées par des investigations approfondies et diversifiées. Mais en tout état de cause, on est en droit de s'interroger sur la façon dont le préservatif féminin fut mis presque partout hors-jeu, et plus particulièrement en ce qui concerne l'Afrique, c'est-à-dire là où les femmes sont très exposées à l'infection par le VIH, son coût financier relativement élevé ne pouvant suffisamment servir d'argument à un tel manquement. C'est pourquoi, loin de vouloir promouvoir le préservatif féminin aux dépens du préservatif masculin, ne devrait-on pas envisager, au moins à titre expérimental, des programmes de lutte contre le sida qui mettent en avant la possibilité de recourir à l'un ou l'autre des deux préservatifs? Ne serait-ce pas là, au-delà de l'intérêt que pourraient y trouver plus spécifiquement les femmes, une manière de rendre plus explicite le principal mode de transmission du VIH ?

Au total, nombre d'intervenants du colloque se sont accordés pour dire que le "phénomène sida" en Afrique, compte tenu de l'importance de l'épidémie et de ses "mises en sens", mérite de bien plus amples mobilisations que celles qui ont été entreprises jusqu'à présent. Mais leur accord a aussi porté sur le fait que ces mobilisations devaient largement dépasser le cadre strictement sanitaire dans lequel elles sont communément conçues et mises en œuvre. Car, en s'installant au cœur de la vie sociale de l'Afrique contemporaine, en suivant ses principales lignes des tensions, entre les sexes, les générations, entre autochtones et allogènes, etc., le phénomène sida est devenu une affaire éminemment politique. Mais une telle affirmation est à l'évidence propre aux sciences sociales, lesquelles ne peuvent que constater que si elle fait l'objet de multiples appropriations sociales et culturelles, l'infection par le VIH reste, pour l'heure, très en deçà d'une appropriation politique (Fassin 1994). Ce qui veut dire plus précisément qu'il appartient aux Etats africains, en particulier ceux qui évoluent dans une certaine stabilité, mais aussi, dès lors qu'ils existent, aux partis, aux syndicats, aux diverses associations issues des sociétés civiles (notamment aux associations de personnes atteintes), de donner ce supplément de volonté et d'action politique aux programmes nationaux de lutte contre le sida.

Cependant, une telle volonté politique ne saurait dépendre des seuls Etats africains et de leur capacité interne de mobilisation. Elle concerne à l'évidence aussi les relations Nord/Sud et doit se traduire très précisément par un refus d'accepter l'instauration durable de deux types de sida : l'un au Nord qui se stabiliserait peu ou prou et qui ne serait plus pris dans un diagnostic de mort, l'autre au Sud qui continuerait à multiplier ses pandémies et ses annonces de maladie incurable. C'est

pourquoi la question du transfert à l'Afrique des progrès des prises en charge thérapeutiques du sida est tout à fait centrale. Quelle que puisse être l'importance des difficultés d'un tel transfert, sur le plan financier ou sur celui du suivi médical des nombreux patients africains, il faut y répondre d'abord sur le terrain des principes et admettre comme un impératif tout à la fois éthique et politique la nécessité dudit transfert (Dozon 1998). C'est à ce prix certainement que les États africains pourront à leur tour se mobiliser et que s'estomperont les suspicions, largement répandues sur le continent et propices à compromettre les programmes de prévention, suivant lesquelles le sida constitue pour le Nord une manière de stigmatiser l'Afrique ou de se décharger sur elle de ses propres iniquités.